

往診・訪問診療の申し込み用紙

※記載できる範囲でご記入いただき、下記ファックスもしくはメールでご連絡ください
せせらぎクリニック多摩川 Fax 03-5755-5208, Mail : zaitaku@seseragiclinic.com

ご連絡者:お名前:	ご連絡先(電話又はメール):
ご所属先:	職種:ご家族・退院支援・ケアマネ・訪問看護・その他

以下にご記入ください

ふりがな		
患者さんのお名前		
患者さんの年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
患者さんのご住所		
患者さんの電話番号		

<現在のご様子をご記入ください>

ご生活形態(いずれかに○をつける)	ひとり暮らし・家族など同居・入院中・施設入所中
現在かかっている病気の名前(わかれば記載)	
現在かかっている病院・診療所(なければ不要です)	

<高齢の方は以下もご記入ください>

介護保険認定(いずれかに○をつける)	あり → 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 なし
担当ケアマネージャー・地域包括支援センター 事業所名: (ご担当がいらっしゃる場合のみ) 担当者の名前 電話	

<その他連絡事項などあればご記載ください>

--

記載頂いた情報は、診療に関する目的以外には一切使用いたしません。