

## 紹介患者様事前受付FAX用紙(訪問診療依頼)

## 《依頼者情報》

依頼者・所属
本人との関係 (ご家族・主治医・ケアマネージャー等)
電話番号
FAX番号

## 《訪問診療依頼》 ※紹介状の事前提供にご協力お願いいたします。

主症状・病名 (必須)	訪問診療導入について簡単に症状をご記入願います。(服薬状況も)
医療処置内容(酸素・留置物など)	
かかりつけ医	

## 《訪問診療導入ご希望予定時期》 退院後の訪問診療の場合は退院時期

--

## 《患者情報》

(フリガナ)													
患者氏名													
生年月日													
性別	男	・	女										
住所	〒												
TEL													
ご家族の連絡先(続柄)													
現在の状況	自宅	・	入院中	・	介護施設 (介護施設名)								
その他の連絡先(ケアマネージャー・訪問看護・民生委員など)													
※ 被保険者情報	記入省略のため、保険証またはカルテのコピーを同時にFAXお願いします												
介護保険	あり	・	なし										
介護度	要支援1	・	要支援2	・	要介護1	・	要介護2	・	要介護3	・	要介護4	・	要介護5

●問い合わせ先 よしき往診クリニック TEL 075-381-2220  
FAX 075-320-2081

※緊急時の場合はこの限りではありません。直接クリニックへお電話ください。  
※お住いの地域や病状等によりお受けできない場合がございます。あらかじめご了承ください。  
※FAX受信後、担当よりご連絡させていただきます。多少お時間を頂戴する場合がございます。