

在宅医療相談申込書

申込日 年 月 日

申込者	氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 福祉保健センター <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他()
	所属先			
	電話番号	- -		

ふりがな				男	M T S H	駐車場	有 無
患者氏名				女	年 月 日(歳)		<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> コインパーキング <input type="checkbox"/> 他
住所							
電話番号	- -	その他連絡先	- - ()				
現 状	在宅・入院または入所中 (/退院退所予定日)						
病名(経過と予後の見通し)							
医療保険	国保・社保・後期高齢者・生保(担当)・その他()						
	保険者番号() 記号() 番号()						
介護保険	未申請 非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中(申請日)						
	保険者番号() 被保険者番号()						
障害等認定	身体()精神()療育()特定疾患()						
	公費負担者番号() 受給者番号()						
主治医	有無()			その他利用サービス			
ケアマネジャー	有無()						
特記事項							

相談内容	<input type="checkbox"/> 退院調整 <input type="checkbox"/> かかりつけ医・往診医の紹介 <input type="checkbox"/> バックアップシステム関係 <input type="checkbox"/> 医療資源 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他()						
------	--	--	--	--	--	--	--

わかる範囲でご記入の上、下記へお申込みください。折り返しご連絡させていただきます。

緑区在宅医療相談室

FAX 045(935)6762

mishikai@crux.ocn.ne.jp