

ピースホームケアクリニック行き 申込日 年 月 日

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をお願いします。

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)。
医療処置内容(酸素・留置物など)
かかりつけ医師
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
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・訪問看護ステーション・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

・お問い合わせ先 ピースホームケアクリニック TEL 077-548-7663/FAX 077-548-7665

※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 受診後、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あります。