

## 訪問診療申込票

本紙にご記入のうえ、下段「必要書類」のうち該当する資料を添えて、FAXで下記に送信ください。  
 確認後、当院より担当者さまにご連絡いたします。

**077-548-7665** または **075-585-3874** (どちらでも受付可)

ご紹介元情報			
施設名		T E L	※できるだけ直通番号をご記入ください
担当者		F A X	※できるだけ直通番号をご記入ください

患者さま情報			
フリカ`ナ		性・年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女性 ( ) 歳
名前		生年月日	大昭 年 月 日
住所	※ご住所によっては診療をお引き受けできない場合があります 〒 -		
連絡先	(名前)		(続柄)
現在居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中* (退院予定日: ) <input type="checkbox"/> 入所中* *施設名 ( )	訪問診療を必要とする傷病の概要・医療処置	
希望時期	<input type="checkbox"/> できるだけ早期* *本紙送信後、 <b>電話でご一報</b> ください <input type="checkbox"/> 1~2週間以内 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
かかりつけ医療機関			
介護区分	<input type="checkbox"/> 未申請 ・ <input type="checkbox"/> 申請中 ( / ) ・ <input type="checkbox"/> 区分変更中 ( / ) 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ・ 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
介護支援専門員	(所属)		
訪問看護	その他サービス		

### 必要書類

- 診療情報提供書 (作成中または依頼中の場合は、お電話でご病状をお伺いします)
- 検査結果 (採血・心電図・心エコーなど)、読映レポートなど診療経過がわかるもの
- 患者住所、連絡先、家族情報、居宅サービス事業所・担当者・各種サービスの提供状況がわかるもの
- 保険情報 (医療・介護保険、限度額認定証、負担割合証など) がわかるもの
- 公費・福祉医療に係る助成 (指定難病、重度心身障害医療費支給など) がわかるもの

お急ぎの場合や、まずはお相談をご希望の場合は、お気軽に下記までご連絡ください。

☎ 紹介専用ダイヤル：080-7689-5765 (平日9時~17時受付)