



医療連携依頼 在宅医療申込

年 月 日 記入

FAX : 029-309-5577

= 該当内容に☑をご記入ください。

= 必須項目です。必ずご記入ください。

ご依頼者さま 氏名

所属先 (市町村、病院名、事業所名など)

電話番号

メールアドレス

利用者氏名 ※ イニシャルでも結構です

生年月日 <例> 1980年1月1日

男 女

年 月 日

住 所 ※ 市町村までで結構です

依頼内容

特定疾病・特定疾患

- 訪問診療 訪問歯科 訪問看護 無 有
 訪問リハビリ 訪問調剤・服薬管理 訪問栄養食事指導

要介護度

障害支援区分

生活保護

- 要支援1 要支援2 区分1 区分2 無 有
 要介護1 要介護2 要介護3 区分3 区分4 **身障手帳**
 要介護4 要介護5 非該当 区分5 区分6 非該当 無 有

主治医 病院名・何科/主治医氏名

<確認> 主治医は訪問看護の導入を了承済みですか？

はい いいえ

当クリニックを何でお知りになりましたか？

HP 研修会 SNS 知人の紹介 その他

備 考

ご記入頂き、ありがとうございました。「医療連携依頼 在宅医療申込み」はFAX、もしくはお電話でお問い合わせの上、初回面談時に提出ください。「訪問診療申込書」を受信次第、担当者より申込者様宛にお電話いたします。

添付の資料がございましたら、合わせてご提出くださいますよう、お願い申し上げます。