



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
☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 非該当 ☐ 区分5 ☐ 区分6 ☐ 非該当

身障手帳

☐ 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、初回面談時にご提出ください。「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。