

上田胃腸クリニック在宅医療申込書

申込年月日：平成 年 月 日

申込者氏名		本人との関係	
連絡先電話番号			

ふりがな				明治・大正・昭和・平成
氏名				年 月 日 歳
住所	(自宅、施設、他)			TEL ()
家族構成	(主介護者：)			連絡先： ()
かかりつけ医				紹介状 (有・無)
病名				
既往歴				
内服薬				
装着・使用医療器等	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 胃瘻チューブ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル			
介護保険	要介護度	未申請 / 申請中 / 自立		被保険者
		要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	番号
	有効期間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月 日認定)		
	ケアマネジャー	TEL ()		
その他(ご要望)				

- 訪問診療の内容について説明を理解できましたので、利用を申し込みます。
- 介護との連携を密に図るため、居宅療養管理指導を承諾します。
- 市町村等に対して訪問診療情報の提供を承諾します。

上田胃腸クリニック

〒171-0014 東京都豊島区池袋 2-66-10

TEL:03-6690-0254 (在宅医療連携室専用番号)

FAX:03-6800-1406

医師判断 可 否
