

# 訪問栄養食事指導 依頼用紙

原則として、寝たきりや歩行困難などの理由で通院が困難な方が対象です。  
お申し込みの際は、ケアマネージャーさんにもご相談してから申し込みをして下さい。

町田病院  
在宅ケア室 行き FAX

042-794-6621

送信日 平成 年 月 日

ご依頼者	御社名		TEL	
	ご氏名		FAX	

フリガナ		男	電話番号	
患者氏名		女	携帯番号	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日( 歳)
住 所				
同居家族	無・有 ( )	主たる介護者		
駐車場所	無・有 ( )			

通院中の病院		診療科		主治医	
主病名				アレルギー:有 無	
既往歴					
現在の状態					
指導対象	本人 ・ 家族 ・ 介護ヘルパー ・ その他( )				

要介護度	無 申請中 支援 1・2 介護 1・2・3・4・5					
現在のサービス	①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪問リハ					
	月	火	水	木	金	土 日
午前						
午後						
移動	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 歩行器、杖		<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 寝たきり
食事	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( )			
義歯	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無			
備考						

当院記入欄	受付	受入可否	初診日	担当
-------	----	------	-----	----

医療法人社団創生会 町田病院  
194-0036 町田市木曽東4-21-43  
TEL 042-789-0502 FAX 042-794-6621

担当者から折り返しご連絡をさせていただきます。