

訪問診療 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)	持ち主	本人 ・ 他()					
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					

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 ()				
トイレ	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> カテーテル		
入浴	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 訪問入浴				
備 考							

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

担当者から折り返しご連絡をさせていただきます。

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 042-792-0602 FAX 042-794-6621