洗足整形･形成外科 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	□人工呼吸器　□胃瘻チューブ　□在宅酸素　□中心静脈栄養 □気管切開チューブ　□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 要支援１　２要介護　１　２　３　４　５	被保険者番号
	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。

洗足整形･形成外科
〒152-0012　東京都目黒区洗足2-7-15キューブ洗足2F
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