

紹介患者様事前受付FAX用紙(訪問診療依頼) FAX番号:075-417-2099

【依頼者情報】

依頼者・所属			
本人との関係(続柄等)	家族() ・ 主治医 ・ ケアマネ ・ その他()		
電話番号			
FAX番号			

【訪問診療依頼】 ※紹介状の事前提供にご協力をお願いします。

主症状・病名(必須) 訪問診療導入について、病名や症状、服薬状況のご記入をお願いします。	
医療処置内容(酸素・留置物等)	
かかりつけ医	
かかりつけ医に紫野協立診療所の訪問診療の依頼について相談していますか？	はい ・ いいえ
訪問診療導入ご希望の予定時期 ※退院後の訪問診療の場合は退院時期	

【患者情報】

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢			
患者氏名		生年月日(西暦)	20	年		月	日
郵便番号		電話番号					
住所							
現在の状況	自宅 ・ 入院中(病院名) ・ 介護施設 (施設名)						
家族氏名		フリガナ					
家族電話番号		続柄					
その他の連絡先(ケアマネジャー・訪問看護・民生委員等)							

※被保険者情報 記入省略のため、保険証またはカルテのコピーを同時にFAXをお願いします。

介護保険	あり ・ なし ・ 申請中
介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

【問い合わせ先】 紫野協立診療所 TEL:075-431-6171 FAX:075-417-2099
 ※緊急時の場合はこの限りではありません。直接診療所へお電話ください。
 ※お住まいの地域や病状等により、お受けできない場合がございます。あらかじめご了承ください。
 ※FAX受診後、担当よりご連絡させていただきます。多少お時間を頂戴することがあります。