

## 訪問診療ご依頼方法・受付

この度は、当院の訪問診療の利用をご検討いただきありがとうございます

当院では、「訪問診療申し込み用紙」により、依頼を受付しております

資料にご記入の上 FAX または郵送にてご送付ください

現在のフェイスシートや介護サービス計画書の情報もいただけますと大変助かります

お送りいただいた書類の確認後、担当者より受付確認登録のご連絡をさせていただきます。

訪問診療開始を急ぐ場合などは、一度電話での連絡もお願いいたします

土日・祝日など、休診日をはさむ依頼の場合は、お返事までお時間を頂く場合もあります。

ご了承ください

勤医協札幌西区病院 在宅医療部 行

電話番号：661-2988

FAX： 661-2981

## 訪問診療申し込み用紙

申し込み日                      年    月    日

お申込みを担当される方について			
申込者 のお名 前	(患者様との関係)	電話番号	
患者様について			
フリガナ		大正	
氏名		昭和                      年    月    日生	
		平成                                      (    歳)	
自宅住所			
申込み理由	<input type="checkbox"/> 通院困難 <input type="checkbox"/> できるだけ自宅での療養を希望 <input type="checkbox"/> 住まいでの看取り希望 <input type="checkbox"/> 施設入所中(または予定) <input type="checkbox"/> その他(                                      )		
現在お持ち の薬の残り 日数			
医療について			
主病名		<input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 訪問診療中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> そのほか	
現在の医療 処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 他注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・腸瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入・吸引 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> そのほか(                                      )		
医療保険の負担割合:	(                      割) 生活保護受給	その他、障害者手帳や難病手帳など	
介護について			
事業所名:		電話番号:	
担当ケアマネジャー:		Fax:	
介護者につ いて	主介護者: 氏名(続柄)	住所:	
		電話番号:	

