

訪問診療問い合わせシート

記入日 年 月 日 記入者：

フリガナ					
氏名					男 ・ 女
生年月日	M T S	年	月	日 ()	歳
住所					
介護度	要支援	1 2	要介護	1 2 3 4 5	申請中
公費	障害 特定疾患 生活保護（担当者： ）				
キーパーソン	フリガナ				
氏名					続柄（ ）
住所					
世帯形態	1. 単身 2. 夫婦のみ（配偶者 歳） 3. 子供と同居 4. その他（ ）				
現在の状況	在宅 施設 入院中（退院予定日 / ）				
ケアマネ	事業所名： 担当者： 電話番号				
相談内容					
ADL	寝たきり 車いす 独歩 麻痺（+ -）				
意思疎通	可 ・ 不可				
医療処置	バルーンカテーテル 胃瘻 在宅酸素 その他（ ）				
主治医					
介 護 サ ー ビ ス	デイサービス・デイケア（曜日： ） ヘルパー（曜日： ）				

さんさんファミリークリニック 宛

FAX：0985－39－4864

TEL：0985－39－3331