

茅場町ウィズクリニック

送付先FAX番号

お問合せ者名  
(事業所名)

電話・FAX

ご担当者

**FAX依頼状****03-5962-3817**

折り返し、ご連絡差し上げます。

お急ぎの場合は、03-5962-3807にご連絡下さい。

ふりがな		生年月日
お名前 (患者さん)	男・女	M・T・S・R 年 月 日 ( 歳)
住所・TEL	〒 (TEL )	
健康保険	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 )	
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	
ADL	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
IADL	<input type="checkbox"/> 服薬管理困難 <input type="checkbox"/> 電話に出られない	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中・入所中 ( ) <input type="checkbox"/> 在宅	
訪問診療希望の理由	<input type="checkbox"/> 通院負担 <input type="checkbox"/> 在宅緩和ケア <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
病名・病状 必要な処置や物品		
病状・予後の説明		
家族構成 KPの連絡先など		
訪問開始時期 その他ご要望		
利用中のサービス	CM： 訪問看護ST： その他：	
退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 予定あり ( 月 日 時) <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 予定なし	