日付　平成　　年　　月　　日

# 新規患者さま依頼票

| | |
|---|---|
| ご依頼者様 | ご名称・担当者様<br>TEL |
| フリガナ | |
| 氏名 | （　男　　女　） |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日(満　　歳) |
| 住所 | 〒　　ー　　電話　　(　　)<br>愛知県 |
| 医療保険 | 国保・社保・共済・後期<br>割負担　　障害　福祉　生活保護　その他（　　） |
| 介護保険 | 要介護　１　２　３　４　５　要支援　１　２　申請中　区変中　未申請<br>担当ケアマネージャー：<br>電話番号：　　（　　） |
| 利用サービス | 訪問看護　（　　）<br>ヘルパー　デイサービス　デイケア　訪問リハ |
| 主病名 | ※癌の場合　告知　済　未　家族のみ |
| 医療処置 | 医療処置　胃ろう　IVH　ポート留置　経鼻栄養　膀胱留置カテーテル<br>在宅酸素　人工呼吸器　気管切開　褥瘡処置　緩和ケア　内服・点滴麻薬 |
| ケース概要 | |
| 備考 | ご家族構成・連絡先<br>キーパーソン<br>電話　　（　　） |

※下記当院記載欄

| | |
|---|---|
| カルテ作成 | 済　　未 |
| 初診日 | 月　　日（　）　AM・PM |
| 同席者 | |
| 診療情報提供書 | なし　　あり　（　　） |

≪下記までお送りください≫

はあと在宅クリニック　FAX：052-308-8359　TEL：052-325-8332