



支える医療へ

ももたろう往診クリニック 問合せ・紹介用紙

FAX: 086-242-3233



## 1 \* 患者さんについて

記入日： 年 月 日

お名前		性別	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	(歳)
現住所	〒	電話番号				-		-	
ご家族 (介護者)の お名前		続柄							
ご家族 (介護者)の 住所	〒	ご家族の 電話番号				-		-	

同居の場合は(同上)で結構です。

## 2 \* 現在の様子

病名①	
病名②	
病名③	
病状	(在宅酸素・経管栄養・胃瘻・IVH・尿バルンカテ・気管切開・ターミナル)
緊急性	すぐに診てほしい ・ できれば早めに ・ 準備期間と説明の後で大丈夫
訪問診療 の理由	外来通院困難 ・ 独居 ・ その他 ( )
病院・医院	外来通院中 ・ 入院中 ・ 往診を受けている ・ かかりつけ医がない 医療機関名：
介護保険	要介護 ( ) ・ 要支援 ・ 未申請 ・ 意見書を依頼したい

## 3 \* 紹介者 (この用紙を書いて頂いているのがご家族でない場合)

お名前		連絡先 (電話番号)		-	-
施設名 事業所名等		職種など			

## 4 \* 伝えておきたい事

その他	
-----	--

折り返し連絡を差し上げますので、電話番号等の連絡先が記入されている事を今一度ご確認ください。  
不明な点などがございましたらお気軽にお問い合わせください。



ももたろう往診クリニック TEL : 086-242-3232 FAX: 086-242-3233