

新患依頼書

平成 年 月 日

(依頼先)

医療法人社団 医輝会
東郷医院

TEL (0422) 70 - 3050
FAX (0422) 70 - 3051

(紹介元)

機関名

担当者
職・氏名

TEL () -
FAX () -

(フリガナ)	男	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名	女	年 月 日	(歳)
住 所	TEL () - ※訪問診療時の駐車場所 (無・有)		
緊急連絡先 ①	TEL	-	自宅・携帯・勤務先 氏名 続柄 ()
緊急連絡先 ②	TEL	-	自宅・携帯・勤務先 氏名 続柄 ()
緊急連絡先 ③	TEL	-	自宅・携帯・勤務先 氏名 続柄 ()
傷病名 (主訴)			
紹介目的: 1. 訪問診療 2. その他 ()			
既往歴及び家族歴			
食物・薬物アレルギー (有・無)			
<u>症状経過</u> <u>検査結果</u> <u>治療経過</u>			
現在の処方			
添付資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (必須)	<input type="checkbox"/> ケアプラン (コピー)	
重要	<input type="checkbox"/> 健康保険証・その他医療受給者証 (コピー)	<input type="checkbox"/> アセスメントシート (コピー)	
	<input type="checkbox"/> 介護保険証・費用負担額割合証 (コピー)	<input type="checkbox"/>	
ケアマネ	無・有→ 事業所名	担当	TEL - -
訪問看護	無・有→ 事業所名	担当	TEL - -
調剤薬局	無・有→ 事業所名	担当	TEL - -
備考 (特異体質、禁忌、注意事項等)			

※訪問診療開始にあたっての退院前カンファレンス希望 有 ・ 無 ・ 不明 希望日

※訪問診療開始相談外来 (30分3,000円 以降10分1,000円・自 有 ・ 無 ・ 不明 希望日