

しろひげ在宅診療所 診療申込書

1/2P

申込日	年 月 日	《お申込者様》			
フリガナ		事業所名			
氏名		氏名			
		TEL/FAX			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 (歳)	性別 男・女
住所	〒 同居・独居				
電話番号	自宅：		携帯：		
キーパーソン ご連絡先	氏名			続柄	
	住所	〒			
	電話番号	自宅：		携帯：	
病名					
介護認定	未申請・申請中・要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 負担割合：1割・2割・3割				
ケアマネジャー	事業所名			担当者名	
	電話番号			FAX番号	
介護サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護：週 回 <input type="checkbox"/> デイサービス：週 回 (事業所名：) (事業所名：) <input type="checkbox"/> ヘルパー：週 回 <input type="checkbox"/> 訪問入浴：週 回 (事業所名：) (事業所名：) <input type="checkbox"/> その他 ()				
ADL	・食事（自立・見守り・一部介助・全介助）備考： ・排泄（自立・見守り・一部介助・全介助）備考： ・歩行（自立・見守り・一部介助・全介助）備考： ・入浴（自立・見守り・一部介助・全介助）備考：				

医療処置	・IVH/輸液ポンプ・CAD/PCAポンプ・ポート・尿道カテーテル・ストマ・酸素 ・呼吸器/気管切開・褥瘡・インスリン・輸液ポンプ・他（ ）	
病歴	時期	病名や病院名(診療科名)、治療内容など
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
※資料添付でも可	・	
使用中の 主なお薬		
※資料添付でも可		
備考		

※基本情報や診療情報提供書、その他情報がございましたら、併せてご送付お願いいたします。

※確認後、相談員よりご連絡させていただきます。お急ぎの場合はFAX後ご連絡お願いいたします。



SHIROHIGE CLINIC

医療法人社団しろひげファミリー

しろひげ在宅診療所

医療法人社団しろひげファミリー しろひげ在宅診療所

〒133-0065 東京都江戸川区南篠崎町2-11-2

ニューサザンクロスビル1F

TEL : 03-5666-4675 FAX : 03-5666-4676