

在宅医療相談申込書

受付日 年 月 日

紹介者：有 ・ 無 病院()
福祉保健センター()
訪問看護ステーション()
その他()

ふりがな

患者氏名 性別： 男 ・ 女

生年月日： M・T・S・H 年 月 日生 年齢： 歳

患者住所：

電話番号： () -

連絡先：

介護保険申請： 済 ・ 未定 ・ 予定

要介護度： 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

身体障害者手帳交付： 無 ・ 有 (1級 ・ 2級 ・ 3級)

医療保険： 国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ その他()

認知症： 無 ・ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度)

病名 *

*

*

現在の状況

主治医：

訪問看護ステーションの利用： 無 ・ 有 ()

かかりつけ医(主治医)： 無 ・ 有 ()

往診医： 無 ・ 有 ()

かかりつけ歯科医： 無 ・ 有 ()

ケアマネジャー： 無 ・ 有 ()

E-mail ⇒ kyoten@aobakumc.or.jp

青葉区在宅医療連携拠点 宛