

訪問診療 事前相談シート

記入日 年 月 日

むさしの共立診療所 宛

申込者氏名

Tel 0422-53-2512

利用者様とのご関係()

FAX 0422-52-2516

申込者連絡先

当院では訪問診療の開始前に下記の内容についてご記入をおねがいでしております。

ふりがな		
利用者氏名	様 男 女	年 月 日生 ()歳
住所 東京都		
電話番号	FAX番号	携帯番号
生活状況当てはまるものに☑をいれてください。同居の方は同居人の続柄をいれてください。		
☐独居 ☐同居()		
緊急連絡先(キーパーソン)		
氏名	続柄	電話番号
居宅介護支援事業所(ケアマネージャー)		
担当者名	電話番号	
利用中または利用予定のサービスの事業所名を記入してください。		利用の曜日と時間を記入してください。
訪問看護		
デイサービス		
訪問リハビリ		
訪問入浴		
ヘルパー		
感染症 有・無 有の場合☑をいれて下さい。☐梅毒 ☐MRSA ☐HBV ☐HCV その他		
在宅療養に対する希望 どのように生活したいか 事前に伝えておきたいこと (例:最期まで苦痛なく自宅で過ごしたい、在宅でできる範囲の治療をしたい、など)		
現在内服しているお薬は 月 日まであります。		