

天草まつもとクリニック 新規患者依頼(申し込み)書

(医療者用のため分かる範囲で結構です)

依頼日

年

月

日

依頼者名	
職種	CM・Ns・MSW・家族・本人・その他 ()
所属	
TEL・FAX	

フリガナ 患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日	(歳)
--------------	--	--	------	---	---	---	-------

診断名		住所	
経過		電話番号	

元のかかりつけ医		希望内容	
----------	--	------	--

※申込みが医療機関の場合、診療情報提供書を添付ください	<input type="checkbox"/> 緩和ケア(麻薬投与など) <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ドレナージ <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷治療 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・末梢輸液 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(胃ろうなど) <input type="checkbox"/> 糖尿病治療 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 排泄管理(ストマ・留置カテ) その他：
-----------------------------	---

現在の病状について(治療内容・予後・告知の有無など)

現在の療養状況

自宅療養	
通院中	病院名： 診療科 科
入院中	病院名： 診療科 科 退院予定日： 月 日頃
施設入所中	施設名：

保険証確認方法	持参	自宅	FAX	公費や重心、難病指定の有無	有り	無し
介護認定	非該当	未申請	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	

ケアマネージャー	事業所：	担当者名：	TEL：
家族状況			
氏名	続柄	別居・同居	TEL

週間予定 ※サービスを利用中の場合、曜日欄に○または時間を記入してください。

サービス名	月	火	水	木	金	土	日
訪問看護							
デイサービス							
訪問介護(ヘルパー)							
その他							

FAX送信先：0969-24-5032

天草まつもとクリニック

医療連携室