

新規訪問診療 問合せ票



ホームケアクリニック
横浜港南

記入日	年 月 日 ()		事業所名/ 連絡先	☎
相談者 (続柄)	()			
【相談内容】				
イニシャル		年齢	才 町名	要介護 認定
病名				
担当ケアマネジャー	事業所名： 氏名：		電話：	
訪問診療の希望(本人)	有・無・確認できず ()		訪問診療の希望(家族)	有・無・確認できず ()
訪問開始希望時期				
通院困難の事由※	<input type="checkbox"/> 独歩での通院が困難なため <input type="checkbox"/> 認知症があるため通院困難 <input type="checkbox"/> 病状等により近い将来、寝たきりが予想される <input type="checkbox"/> まだ通院出来るが、通院困難になったときに訪問診療してくれる診療所を探している <input type="checkbox"/> その他 ()			
※通院困難とは 原則として疾病・傷病のために、一人での通院ができないことを指します。(年齢・介護度・病名は問いません) 外来から始めることも出来ますので、お気軽にご相談ください。				
自由記載欄				
<small>個人情報保護方針についてはクリニックのホームページをご覧ください。 http://www.homecare-cl.jp/privacy.html</small>				

医療法人コムニカ ホームケアクリニック横浜港南
 電話番号: 045-832-5433 FAX 番号: 045-832-5434
 〒234-0054 横浜市港南区港南台3-17-12 ルミナスシティ 港南台 1F