



まちの訪問クリニック

まちの訪問クリニック 新規患者依頼(申込)書

依頼日: 年(西暦) 月 日

ふりがな		性別		CM ・ NS ・ MSW ・ 家族 ・ 他 ()
患者名		男 女	依頼者	お名前:
生年月日	年 月 日 歳		所属	
住所			電話番号	
			FAX番号	
連絡先電話番号				
診断名			希望内容	緩和ケア、医療処置、投薬等
現在の病状について簡単にご記載ください(通院状況・治療内容・予後・告知の有無等)				

ご用意頂きたいもの

- ・ 医療保険証 (マイナンバーカード)
- ・ 介護保険証
- ・ 薬剤情報(又はお薬手帳)
- ・ 診療情報提供書(医師からの手紙)

現在の療養状況

1. 自宅療養				
2. 入院中	病院名:	診療科:	科	退院予定日:
3. 施設入居中 施設名:				
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 御本人に代わって意思決定できる方、同居してお世話している方など

氏名	続柄	居住	TEL
		別・同	
		別・同	

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下さい。

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

FAX送信先 まちの訪問クリニック 078-959-7515