

ご記入日 平成 年 月 日

訪問診療依頼・相談問診票

ふりがな お名前			生年月日	
			明治・大正・昭和 年 月 日 (才)	
ご住所	〒		利用中の介護サービス	
電話番号		介護認定	有 認定度 無 申請中	ケアマネ名 TEL
相談者お氏名 ご住所			主に介護をされる方のお名前、電話	
	〒			
相談者電話番号 緊急連絡先			患者さんとの関係	
主な病歴 入院歴 をご記入ください。	主な病歴 (病名)	発病年月	入院名称	期間
	(例) 糖尿病	S58年ごろ	(例) 春日部病院 胃潰瘍手術	H18年7月 より9月
訪問診療や訪問看護・訪問栄養指導についてのご相談や医師に聞きたいことがあればご記入下さい。				
在宅療養をすることについてご家庭で不安に思っていることや困っていること、希望などをご記入下さい。				

※現在、継続的に服用されているお薬があればお薬など薬剤名がわかるものをお持ちください。

※他の医療機関からの紹介状をお持ちの方はご提出ください。