

在宅ほすびす 新患対応票

訪問診療をご希望の方は、ご記入のうえ **028-688-7006** へ FAX して下さい。
 のちほど、当診療所よりご連絡させていただきます。

記入日： 年 月 日

ご連絡者様	お名前		
	電話番号	-	-
	所属先	(病院名など)	
	職種等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> ケアマネジャ <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> ご家族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()	
本日のご相談内容		<input type="checkbox"/> 受診申込 <input type="checkbox"/> 受入れ状況の確認 <input type="checkbox"/> 在宅ほすびすの問合せ <input type="checkbox"/> 病気の問合せ <input type="checkbox"/> 現在つらい症状で悩んでいる() <input type="checkbox"/> その他()	
当院をどのようにお知りになりましたか？			

【 診療申込の場合 】

患者さんについて		経 過
病 名		<input type="checkbox"/> 現在治療中: <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 主治医に治療ができないと言われた <input type="checkbox"/> 治療せず緩和ケアのみ希望 <input type="checkbox"/> その他()
氏 名		
生年月日	年 月 日	
年 齢	歳	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住 所	〒 - -	
電話番号	- - -	
現在の居場所: <input type="checkbox"/> 入院中(病院 病棟) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()		
主治医	____ 病院 _____ 科 _____ 先生	
主治医はこのことをご存知ですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ご本人は病名をご存知ですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
介護保険の申請はされていますか？		<input type="checkbox"/> はい(<small>○をつけてください</small> 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> いいえ
訪問看護をご利用中ですか？		<input type="checkbox"/> はい(<small>事業者名</small>) <input type="checkbox"/> いいえ
ケアマネジャはいらっしゃいますか？		<input type="checkbox"/> はい(<small>おなまえ</small>) <input type="checkbox"/> いいえ
色々なことを決めるのはどなたですか？		
訪問した医師が駐車をする場所がありますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
初診時に以下のものをご用意いただけますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1.保険証 2.ご本人以外の通帳と届け出印 3.高額医療費限度額適用認定証(お持ちの方)		