

在宅医療相談申込書

申込日 年 月 日

ふりがな

1. 患者氏名 _____ 性別 男 ・ 女
2. 生年月日 M ・ T ・ S ・ H _____年_____月_____日 年齢_____歳
3. 患者住所

①訪問先住所： _____

②居住登録住所： _____

4. 電話番号：
5. 医療保険： 国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ その他（ ）
- 保険番号：
6. 生活保護： 有 ・ 無
7. 紹介状（現主治医からの） 有 ・ 無

※無い場合は受診させて、胸部 XP、血液検査等の具体的データをとらせ、外来の主治医に紹介状を書いてもらう（特に、悪性腫瘍の有無・看取りの有無・介護度・胃瘻・気管切開・在宅酸素療法・IVHの有無・麻薬使用の有無・麻酔使用の有無等）。

8. 介護に対する抵抗 有 ・ 無 ※有りの場合は暴力癖等具体的にご記入下さい

9. 家族同意： 有 ・ 無
10. 自己負担金： 有 ・ 無
11. 支払方法： EX ・ 銀行振込 ・ 現金払い

FAX 835-7033
南部地区医師会 事務局