医療法人社団 招福会　川崎七福診療所　新規患者依頼（申込）書

依頼日：　　年　　月　　日

医療法人社団 招福会　川崎七福診療所

神奈川県川崎市川崎区小田1丁目1-2 ソルスティス京町ビル4階
TEL: 044-329-1122　※TEL受付時間：月～金 9:00～17:00
土 9:00～11:00

依頼者	（ CM・MSW・家族・他 ）
所属	TEL：
依頼内容	1.　訪問診療

ふりがな		性別	生年月日	M　T S　H　　年　月　日（　歳）
患者氏名		男 ・ 女		
住所	〒　　TEL ① （※ご住所は建物名までご記入ください）　②			

ご家族	氏名	男 ・ 女　（　　歳）　続柄（　）　本人とは（同居 ・ 別居）
	住所	〒　　TEL：

診断名

※医療機関の場合、診療情報提供書を添付してください

希望内容

□ 緩和ケア(麻薬投与など)　□ 在宅点滴　□ 褥瘡/創傷治療
□ 人工呼吸器管理(NPPV含)　□ 在宅酸素療法　□ ドレーン法
□ 経腸栄養(胃瘻など)　□ CVポート管理　□ 糖尿病治療
□ 排泄管理(ｽﾄﾏ/留置ｶﾃｰﾃﾙ)　□ 服薬管理
□ その他：

現在の病状について　（ 治療内容 / 予後 / 告知の有無 など ）

訪問診療(看護)の 利用を決めた 経緯・理由 など

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

障害手帳・公害医療証 等

生活保護の受給　有・無　　**担当CW：**

現在の療養状況

1.自宅療養

2.通院中（ 病院名：　　科）

3.入院中（ 病院名：　　退院予定：　月　日頃）

4.施設入居中（ 施設名：　　）

ケアマネージャー　事業所：　　担当者：　　TEL：

家族状況	○	氏名	続柄	別居・同居		TEL
				別	同	
				別	同	
				別	同	

※主な介護者に○印をお願いします。

週間予定		月	火	水	木	金	土	日	事業所名など
	訪問看護（リハビリ）								
	訪問介護								
	通所介護（デイサービス）								
	その他（　　）								
	その他（　　）								

※利用日に○印、または時間を記入してください。