在宅ほすぴす　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頂きます。　　記入日：　　年　　月　　日

ご連絡者様	お名前	
	電話番号	ー　　ー
	所属先	(病院名など)
	職種等	☐ 医師　☐ 看護師　☐ MSW ☐ ケアマネジャ　☐ 訪問看護師 ☐ ご家族（続柄:　　）　☐ その他（　　）
本日のご相談内容		☐ 受診申込　☐ 受入れ状況の確認　☐ 在宅ほすぴすの問合せ ☐ 病気の問合せ　☐ 現在つらい症状で悩んでいる(　　) ☐ 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		☐ 現在治療中: ☐ 抗がん剤 ☐ 放射線 ☐ その他(　　) ☐ 主治医に治療ができないと言われた ☐ 治療せず緩和ケアのみ希望 ☐ その他 (　　)
氏　名		
生年月日	年　　月　　日	
年　齢	歳	
性　別	☐ 男　☐ 女	
住　所		
電話番号	ー　　ー	

現在の居場所: ☐ 入院中(　　病院　　病棟)　☐ 自宅　☐ 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？	☐ はい　☐ いいえ
ご本人は病名をご存知ですか？	☐ はい　☐ いいえ
介護保険の申請はされていますか？	☐ はい(○をつけてください 要支援１・２　要介護１・２・３・４・５)　☐ いいえ
訪問看護をご利用中ですか？	☐ はい(事業者名　　)　☐ いいえ
ケアマネジャはいらっしゃいますか？	☐ はい(おなまえ　　)　☐ 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？	☐ はい　☐ いいえ
初診時に以下のものをご用意いただけますか？ 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)	☐ はい　☐ いいえ

在宅専門診療所　在宅ほすぴす