

病院用

新規患者往診申込票

みらい在宅クリニック 宛

FAX 045-326-6993

下記①～⑧の項目をご記入後にFAXして下さい。
紹介状につきましては出来上がり次第FAXして下さい。

申込日 平成 年 月 日

① 申込者情報

病院名 _____
住所 _____ TEL : _____ FAX : _____
氏名 _____ 患者との関係 : _____

② 患者情報

患者氏名 _____
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 年齢 歳
住所 横浜市 _____ TEL : _____
主病名 _____ ※ がんの場合は告知の 有・無
既往歴・経過 (わかる範囲でご記入下さい)

ADL 全介助・一部介助 _____
要介護度 未申請 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 区分変更中
保険情報 国保・社保・後期高齢者・その他()
※ 保険証をお持ちの場合は 被保険者番号 _____ 保険者番号 _____
生活保護 受給 有・無 _____
※ 生活保護を受給されている場合は 担当者名 _____ TEL : _____
同居者 有・無 _____
※ 有の場合は患者との関係() _____
介護者 有・無 _____
※ 有の場合は患者との関係() _____

③ キーパーソン情報

キーパーソン氏名 _____ 患者との関係 _____ 連絡先(自宅) _____
連絡先(携帯) _____

④ 主治医情報

主治医氏名 _____ 病院名 _____ 診療科 _____

⑤ ケアマネージャー情報

居宅介護支援事業所名 _____ 担当者名 _____ TEL : _____

⑥ 訪問開始の時期

いつでも・急ぎ・なるべく早く・その他() _____

⑦ 訪問診療開始の説明について

患者様(ご家族様)への説明 未・済 _____

⑧ 訪問診療にかかる金銭負担の説明について(健康保険1割負担で7000円/月程度)

患者様(ご家族様)への説明 未・済 _____

～以下注意点～

- ・悪性腫瘍、難病(神経疾患やALSなど)をお持ちの方は病院からの**紹介状が必須**となります。この場合原則として紹介状が届き次第の訪問診療開始となります。
- ・初診後に医師が在宅医療の適応でないと判断した場合は、訪問診療が開始できない場合があります。
- ・訪問診療は基本的には定期的に月2回の訪問診療と365日24時間の医師緊急対応になります。