

しろひげ在宅診療所 診療申込書

1/2P

申込日	年 月 日	«お申込者様»		
フリガナ		事業所名		
氏名		氏名		
		TEL/FAX		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	性別	男・女	
住所	〒 同居・独居			
電話番号	自宅： 携帯：			
キーパーソン ご連絡先	氏名		続柄	
	住所	〒		
	電話番号	自宅：	携帯：	
病名				
介護認定	未申請・申請中・要支援1・2/要介護1・2・3・4・5 負担割合：1割・2割・3割			
ケアマネジャー	事業所名		担当者名	
	電話番号		FAX番号	
介護サービス 利用状況	□訪問看護：週 回 (事業所名:)		□デイサービス：週 回 (事業所名:)	
	□ヘルパー：週 回 (事業所名:)		□訪問入浴：週 回 (事業所名:)	
	□その他 []			
ADL	・食事（自立・見守り・一部介助・全介助）備考:			
	・排泄（自立・見守り・一部介助・全介助）備考:			
	・歩行（自立・見守り・一部介助・全介助）備考:			
	・入浴（自立・見守り・一部介助・全介助）備考:			

医療処置	・IVH/輸液ポンプ・CAD/PCAポンプ・ポート・尿道カテーテル・ストマ・酸素 ・呼吸器/気管切開・褥瘡・インスリン・輸液ポンプ・他（ ）	
病歴	時期	病名や病院名(診療科名)、治療内容など
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
※資料添付でも可	・	
使用中の 主なお薬		
※資料添付でも可		
備考		

※基本情報や診療情報提供書、その他情報がございましたら、併せてご送付お願いいたします。

※確認後、相談員よりご連絡させていただきます。お急ぎの場合はFAX後ご連絡お願いいたします。



医療法人社団しろひげファミリー

SHIROHIGE CLINIC

医療法人社団しろひげファミリー
しろひげ在宅診療所

医療法人社団しろひげファミリー しろひげ在宅診療所

〒133-0065 東京都江戸川区南篠崎町2-11-2

ニューサザンクロスビル1F

TEL : 03-5666-4675 FAX : 03-5666-4676