※FAX送付状は不要です

**訪 問 診 療 利 用 依 頼 書**

**なのはな診療所**

住所：〒　179-0081

東京都練馬区北町 6-31-1 2階

電話：03-6909-7155　FAX: 03-6909-7555

E-mail：nanohana-soudan@can-ola.org

**申請者様 ※社判でも問題ございません。**

**事業所名：**

**住　　所：**

**電　　話：**

**F　A　X：**

**ご担当者：　　　　　　　　　 　 様**

※わかる範囲でご記入をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | | | 性別 |
| 氏名 |  | | | T • S • H　 　年　 　月　 　日生( 　 歳) | | | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　　― | | | | | | |
| 電話番号 | (本人)　　　　　　　　　　　　　（緊急連絡先）　　　　　　　　　　　　続柄： | | | | | | |
| 主病名 |  | | 既往歴 | |  | | |
| 現在の状況・ご要望など： | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援 １・２ 　要介護 １・２・３・４・５ 申請中 ・ 区分変更中（申請日　　年　　月　　日） | | | | | | |
| 医療保険 | □後高 　□国保 　□社保 　□その他 | | | 負担割合 | | １割 ・ ２割 ・ ３割 ・ 生活保護受給中 | |
| 公費 | □特定医療費（指定難病）受給者証 　□障がい者医療証　 　　　　限度額　　　　　　　　円 | | | | | | |
| 居宅支援事業所 | | （事業所名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者） | | | | | |
| 利用中のサービス  □訪問看護ステーション（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ヘルパー事業所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □かかりつけ薬局（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 必要な医療処置内容 |
| 午前 |  | 休 |  | 休 |  | □在宅酸素療法　□気管切開　□人工呼吸器　□胃ろう　□経鼻胃管  □膀胱留置カテーテル　□インスリン療法　□癌性疼痛のコントロール  □点滴　（□ポート　□中心静脈カテーテル　□末梢）  □その他 |
| 午後 |  |  |  |  |  |
| 初回訪問希望日：　　　月　　　日（ AM / PM ） | | | | | |

ご記入ありがとうございました。上記のFAX番号またはEmailに添付の上、当院までお願いいたします。