

きよやまクリニック 新規患者依頼(申込)書

依頼日:平成 年 月 日

ふりがな		性別		CM・NS・MSW・家族・他()
患者名		男女	依頼者	お名前:
生年月日	年 月 日 歳		所属	
住所	宮崎市		電話番号	
			FAX番号	
連絡先電話番号				
診断名			希望内容 緩和ケア、医療処置、投薬等	
現在の病状について簡単にご記載ください(通院状況・治療内容・予後・告知の有無等)				

ご用意頂きたいもの

・医療保険証 ・介護保険証 ・薬剤情報(又はお薬手帳) ・診療情報提供書(医師からの手紙)

現在の療養状況

1. 自宅療養				
2. 入院中	病院名:	診療科:	科	退院予定日:
3. 施設入居中 施設名:				
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
ケアマネージャー	事業所:	担当者名:	TEL:	

家族状況 御本人に代わって意思決定できる方、同居してお世話している方など

氏名	続柄	居住	TEL
		別・同	
		別・同	

週間予定 ※サービスを利用中の場合、曜日欄に○または時間を記入して下さい。

サービス名	事業者名	月	火	水	木	金	土	日
訪問看護								
デイサービス								
介護(ヘルパー)								
その他								

FAX送信先 きよやまクリニック 0985-78-3067