患者さまご紹介シート

ご施設名：　　**ご担当者名：**

電話番号：　　**FAX番号：**

訪問診療介入理由・症状

確認させて頂きたいこと (可能な範囲で記入してください)
☐ **住所：**
☐ **名前：**　（　　歳）　☐ **生年月日：**
☐ **連絡先：**
☐ **生活形態：** ご自宅【独居　・　同居(　　)】、施設【　　】
☐ **現在（入院・通院）中の病院・診療所** (　　)病院・診療所・クリニック (　　)科(　　)先生
☐ **ケアマネージャー：** 有　・　無 →有の場合：（事業所名：　　/担当者：　　/連絡先：　　）
☐ **医療保険**：　健康保険 (　　) 公費負担 (老人健管、難病、障害者医療、生活保護、　　)
☐ **介護保険について：**　有 (要支援1・2　要介護１・２・３・４・５)・　無　・　申請中
☐ **訪問看護**：有 (事業所名:　　)　・　無
☐ **訪問リハビリ**：有 (事業所名：　　)　・　無
☐ **その他必要な医療処置**：在宅酸素・気管カニューレ・胃瘻・ストーマ・尿道カテーテル・自己血糖測定 中心静脈栄養・末梢点滴・経管栄養　その他 (　　)
自由記載

きむら心臓血管内科クリニック

電話番号：075-646-4480　FAX：075-646-4481