

さいたま往診クリニック 訪問診療申込書

申込年月日	平成 年 月 日		
申込者氏名		本人との続柄	
連絡先	自宅 ・ 携帯電話 — —		

フリガナ		性別	生年月日		
患者さま氏名		男・女	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)		
住所	〒			TEL	— —
				FAX	— —
保険証の種類	後期高齢者 ・ 国保 ・ 社保 ・ 生保 ・ 公費 ()				
介護保険	未申請 要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				
	担当ケアマネジャー		連絡先		

病名及び既往歴					
かかりつけ医	医療機関名				紹介状 (有り・無し)
	担当医師名				
現在利用中のサービス					
現在受けている医療行為	☐ 留置カテーテル設置 ☐ 在宅酸素療法 ☐ 胃瘻造設 ☐ ストーマ設置 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開後の処置 ☐ 喀痰吸引 ☐ 中心静脈注射 ☐ 疼痛コントロール ☐ インシュリン療法 ☐ その他 ()				
利用に際してのご要望					
その他					

さいたま往診クリニック

〒354-0024 埼玉県富士見市鶴瀬東1-6-11 鶴瀬 SSビル1階B

Email info@saitama-osin.com

TEL 049-265-7930 FAX 049-265-7931