



申し込み日： 年 月 日

フリガナ	【生年月日】 大正・昭和・平成・令和 月 日 (歳)		
【氏名】 様	【性別】 男・女		
【住所】 〒 【駐車スペース】 有・無 【電話】 ①お名前（続柄）： () : (- -) ②お名前（続柄）： () : (- -)	【介護認定】 有・無・申請中 【介護度】 支援・介護 1・2・3・4・5		
【医療保険証】 (割負担)		【介護保険負担割合証】 1割・2割・3割	
【公費の有無など】 生活保護・医療費助成・障害者手帳・限度額適用認定証			
【現在の状況】 自宅・入院中・施設入所中 (病院・施設名：)			
【依頼者】 所属事業所名： ご担当者様： 様 本人との関係 (CM 等)： 電話：			
【現在かかりつけ医】 病院 科 先生 【退院予定 (入院中の場合)】 月 日 (午前・午後)・今週中・来週中・今月中			
【薬局】 薬局 <input type="checkbox"/> 家族受取 <input type="checkbox"/> 薬局宅配			
【病名】 【既往歴】 【経過】 【本人・ご家族の要望】	【使用している医療器具】 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【サービス利用状況・内容】 月・火・水・木・金・土・日	【家族背景】 【キーパーソン】		

ご記入ありがとうございました。FAX (0859-37-5190) お願いします。

在宅療養支援診療所 ひだまりクリニック

〒683-0008 鳥取県米子市車尾南1丁目12-41

TEL : 0859-37-5188

FAX : 0859-37-5190