

トータル医療ネットワーク 在宅医・かかりつけ医 申請書

(FAX先：大正区医師会：06-6554-2283)

申請日 平成 年 月 日 記入者()

<連絡先>

紹介元：
担当者氏名：
電話番号：
回答期日： 年 月 日 ・ 至 急

<患者情報>

患者イニシャル：	年齢：	男性・女性
住 所 (番地不要)：		
治療中の病名：		
病 状：		
状 況： 入院中 自宅 退院予定 (月 日頃)		
かかりつけ医に：		
・ 退院後のかかりつけ医希望	・ 在宅医療を希望	
・ 在宅での看取り希望		
・ その他：		
必要な医療：中心静脈栄養 ストーマ 酸素療法 レスピレーター 麻薬		
気管切開 疼痛の看護 経管栄養 褥瘡の処置 留置カテーテル		
介護認定の有無：無 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
認知症の程度：		
利用中の介護事業所名：		