

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・浪速区医師会・東成区医師会・港区医師会・中央区南医師会
・中央区東医師会・鶴見区医師会・西区医師会)

申請日 平成 年 月 日 記入者()

<居宅介護支援事業者用>

事業所名	
担当者名	
電話番号	回答期日 年 月 日

<患者情報>

患者氏名	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
患者住所	
家族の連絡先	名前 Tel
治療中の病名	
現在の病状	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退院予定(月 日頃)
かかりつけ病院名	
かかりつけ医を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 退院後のかかりつけ医がいないため <input type="checkbox"/> 在宅での看取りを希望しているため <input type="checkbox"/> その他:
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

<大正区医師会記入欄>

受付日時	
完了日	
決定医療機関名	
備考	