

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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	年	月	日	歳
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	