

大正区医師会 在宅医・かかりつけ医 申請書

(記入後、大正区医師会 06-6554-2283 に FAX 願います)

＜居宅介護支援事業者用＞

申請日 平成 年 月 日

事業所名	
担当者名	
電話番号	
回答期日	年 月 日迄 ・ 至急

＜患者情報＞

患者氏名	(歳) 性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
患者住所	
家族の連絡先	氏名 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"/> 退院予定 (月 日頃) <input type="checkbox"/> 在宅
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

＜大正区医師会記入欄＞

受付日時	年 月 日
完了日	年 月 日
決定医療機関名	
備考	