

# 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<br>必 需 と す る 理 由 | <input type="checkbox"/> 退院後の かかりつけ医がいないため<br><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           |       |