そらクリニック　新規患者依頼（申込）書

依頼日：令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	依頼者	CM・NS・MSW・家族・他（　　）
患者名		男　女		お名前：
生年月日	年　月　日　歳		所属	
住所			電話番号	
			FAX番号	
連絡先電話番号				

診断名	希望内容　緩和ケア、医療処置、投薬等

現在の病状について簡単にご記載ください（通院状況・治療内容・予後・告知の有無等）

ご用意頂きたいもの　・医療保険証　・介護保険証　・薬剤情報（又はお薬手帳）　・診療情報提供書（医師からの手紙）

現在の療養状況

1．自宅療養
2. 入院中　病院名：　診療科：　科　退院予定日：
3. 施設入居中　施設名：

介護認定	非該当　未申請　申請中　要支援　1・2　要介護　1・2・3・4・5

ケアマネージャー	事業所：　担当者名：　TEL：

家族状況　御本人に代わって意思決定できる方、同居してお世話している方など

氏名	続柄	居住	TEL
		別・同	
		別・同	

週間予定　※サービスを利用中の場合、曜日欄に〇または時間を記入して下さい。

サービス名	事業者名	月	火	水	木	金	土	日
訪問看護								
デイサービス								
介護（ヘルパー）								
その他								

FAX送信先　そらクリニック　06 - 6435 - 9402