

# 往診依頼書

依頼日 平成 年 月 日

ふりがな

- 患者氏名 ( ) 年齢 ( ) 性別 ( 男・女 )  
○生年月日 ( 明・大・昭・平 年 月 日 )  
○住所 ( )  
( 自宅・介護施設・その他 ; ) 往診車駐車スペース ( 有・無 )  
○電話番号 ( )  
○要介護認定 ( 有 : 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ・ 無 )  
○家族 ( 氏名 続柄 電話番号 ) ( 同居・別居 )  
○主な介護者 ( 氏名・名称 続柄 電話番号 )  
○ケアマネージャー ( 氏名・名称 電話番号 )  
○訪問看護ステーション ( 氏名・名称 電話番号 )  
○主治医 ( 科 )( 氏名・名称 電話番号 )  
○症状をお書き下さい。( 部位、期間、使用した外用薬などできるだけ詳しくお願いします。 )  
( )  
○既往歴 ( )  
○処方薬 ( )  
○その他 連絡事項 ( )

○保険証情報(医療保険) (コピーをファックスでお送り下さい) FAX : 075-932-4123

- ・保険者番号 ( ) ・保険区分 ( )  
・記号 ( ) ・番号 ( )  
・取得日 ( ) ・有効期限 ( ) ・負担率 ( % )

○公費 ( 障害者受給者証 など ) (コピーをファックスでお送り下さい) FAX : 075-932-4123

- ・負担者番号 ( ) ・公費区分 ( )  
・受給者番号 ( )  
・取得日 ( ) ・有効期限 ( )

○往診希望日時 ( 第1希望 ) ( 第2希望 )

○依頼者

- ・氏名・施設名称 ( )  
・電話番号 ( )  
・FAX 番号 ( )

○地図 往診先、駐車スペースがわかる地図をファックスでお送りください