

訪問診療・ショートステイ依頼書

1)患者氏名 _____ 様 満 才 (男 ・ 女)

2)訪問場所 ① 自宅 (校区名: _____)
② 病院・施設名: (_____)

3)希望サービス ① 訪問診療 (居宅療養管理指導)
② 短期入所療養介護 (ショートステイ)

4)開始希望 開始時期 月 日頃

5)病状等 ① 病 名: _____
② 既往歴: _____
③ 主治医: _____
④ 訪問看護ステーション: _____
⑤ 医療処置: 無 ・ 有

※有の場合 膀胱留置カテーテル 膀胱洗浄 胃瘻 中心静脈栄養
その他(_____)

6)介護状況等 ① 介護区分: 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
② 主介護者: _____ (続柄)

7)ご担当者様 所属先: _____
お名前: _____ 様 (TEL: _____)

※お手数ですが調整後に折返しご連絡差し上げますので、ご担当者様・ご連絡先をご記入ください。
※各サービス内容の詳細につきましては、当院HP「情報公開」ページでご確認いただけます。

8)送信先 FAX: (076)475-7235 or メール: info@yoshimi-hospital.jp