

訪問看護 お問い合わせ用紙

在宅医療支援サービスセンター グラッチェ 行き

FAX.0120-39-6879

TEL. 0120-39-6877 又は **06-4308-8548**

※緊急の場合はお電話でお願いいたします。(担当：古石) 発信日： 年 月 日

| | | | | | |
|--------|--|--|-------|--|--|
| ご依頼元名称 | | | 依頼者名 | | |
| 住 所 | | | | | |
| T E L | | | F A X | | |

| | | | | | | | | |
|---------|---------------|----|---------------------------|---------------|-----|-----|---|---|
| ふりがな | | | | TEL | | | | |
| 看護希望者名 | | | | TEL | | | | |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 (歳) | 性 別 | 男・女 | | |
| 訪問先種別 | ・自宅 ・施設(名称:) | | | | | | | |
| 訪問先住所 | | | | | | | | |
| 保険証種別 | 後期高齢者・国保・社保 | | 公費種別 | 生保・障害・助成・特定疾患 | | | | |
| 要介護認定区分 | ・要支援1 ・要支援2 | | ・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 | | | | | |
| 受信可能日 | 常に可能 | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| | | AM | | | | | | |
| | | PM | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------|--------|--|--|--|------|--|--|--|
| かかりつけ医又は入院していた病院 | 医療機関名： | | | | | | | |
| | 担当医： | | | | TEL： | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 病気の経歴 | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| お問い合わせの内容 | | | | | | | | |
| 注意事項など | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|-------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 感染症 | なし・あり | 肝炎(B型・C型)・HIV・MRSA・結核・梅毒・疥癬・その他() | | | | | | |
|-----|-------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | |
|-------------|-------|--|--|------------|--|--|--|--|
| 担当ケアマネージャー様 | 事業所名： | | | ケアマネージャー名： | | | | |
|-------------|-------|--|--|------------|--|--|--|--|

利用目的：個人情報保護方により、ご記入頂いた氏名・住所・電話番号・介護度・既往歴等の情報に関しましては、治療に関して必要な情報である為、協力歯科医院の担当歯科医師へのみ開示し、それ以外の第三者への開示は一切致しません。

〒577-0016 東大阪市長田西1丁目4番27号 在宅医療支援サービスセンター グラッチェ