

ID: 

在宅医療相談シート 相談日 令和 年 月 日

この度はご相談頂きありがとうございます。太枠内をご記入の上、FAX などでご連絡下さい。

このシートをご記入いただいている方のお名前	様
このシートをご記入いただいている方の連絡先・所属先	

～以下在宅医療を検討されている方の情報をご記入ください～

お名前	様	ふりがな	様
生年月日	T・S 年 月 日	年齢	歳 性別 男・女
住所			
訪問先住所	同上・		
電話番号		昼間の連絡先	(可 連絡先( )・不可)
駐車場	あり・なし(場所: )	家族構成	
キーパーソン1	様(続柄: )		
電話番号			
キーパーソン2	様(続柄: )		
電話番号			
他受診状況	( )病院・( )科・( )医師 ( )病院・( )科・( )医師		
保険情報	医療: 割・医療書:丸福(あり・なし) 丸障(あり・なし)・限度額区分		
	介護:要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 負担割合:1・2・3割 申請中・未申請		
	手帳(なし・あり(身・精・知・( )級)		

～分かる部分がありましたらご記入ください～

病名		末期の悪性腫瘍 <input type="checkbox"/>
現在の状態	入院中(病院名 施設入所中(施設名 その他( )	・退院予定日 月 日) ・退所予定日 月 日)
経緯 患者様の要望 その他		
	過去1年の入院歴(あり・なし)	

～以下当院記入欄～

現在の薬局	変更(なし・あり:変更先の薬局 )
	臨時薬の対処方法( )
次の予定	

【確認事項】 処方箋の受け渡し方法(窓口渡し・訪問先で発行)

お支払いについて(窓口払い・口座振替→設定されるまで窓口払い・設定されてから口座振替)

健康保険証類  ・ 介護保険証類  ・ 訪問同意書  ・ 居宅療養管理指導同意書 

医療法人 清流会 五藤医院 電話番号:0586-87-7800 FAX 番号:0586-87-7890