新規患者依頼票

**新横浜在宅クリニック 宛　　　　　　FAX:045-548-5229　TEL:045-548-5228**

**＜依頼者＞** 依頼日時　　　　　年月日

医療機関：

部署： TEL:　　　　　　　　　　　FAX:

ご担当者： 職種：

**＜患者情報＞**

**: 性別：　　男　　・　女**

**生年月日：　T・S・H 年 月　 　　　日 年齢： 歳**

**住所：横浜市 TEL：**

**同居家族：**

**KP氏名/患者との関係： / KP連絡先**

**主治医： 病院 科　　　　医師名：**

**主病名：**

**既往歴：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（診療情報提供書に記載のこと）**

**ADL：**

**入院日：　　 月　　 日 　退院予定日： 　　月　 　日　午前・午後　　現在外来受診中： はい・ いいえ**

**備考**

居宅介護支援事業所(連絡先）：　　　　　　　 　　　ＣＭ氏名：　　　　　　　氏(TEL:　　　　 　 　　）

訪問看護ST名(連絡先）：　　 (TEL:　　　　　　　)　週、月・火・水・木・金・土・日

介護度： 未申請 申請中 要支援 1 ・ 2 要介護　1・ 2・3・4・5 区変中　　不明

主保険・公費： 限度額認定証：　　有　・　無　　　不明

生活保護担当：　　　　　　　　　保護担当：　　　　　　区　担当者名：

デイサービス/デイケア： 　 　　　 週、月・火・水・木・金・土・日

訪問介護・入浴名(連絡先）：　　　　　　　　　　（　　　　　）週、月・火・水・木・金・土・日

使用機器(HOT・ポンプ等)