

坂戸診療所 訪問診療申込書

下記に必要な事項を記入の上、F A Xや郵送または直接在宅支援室にお申し込みください。

(住所：〒213-0012 川崎市高津区坂戸 1-16-8) 、(F A X：044-812-5810)

予約状況を確認の上、ご連絡申し上げます。

(ご記入、該当項目に○をつけてください)

フリガナ		性別	坂戸診療所での受診歴
* 患者氏名		男 女	あり なし
* 生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生 (満)		
* 保険証住所	〒 - 川崎区 丁目 番 号 建物の名称と部屋番号 電話番号 (-)		
* 訪問診療先 住所	〒 - 川崎区 丁目 番 号 建物の名称と部屋番号 電話番号 (- -) 携帯番号 (- -)		
* 主介護者	無 有	有りの場合 氏名 _____ 患者との続柄 _____ 電話番号 (- -)	

		携帯番号 (- -)
* 担当 ケアマネ	無 有	有りの場合 担当ケアマネ氏名 _____ 事業所名 _____ 電話番号 (- -)

(必要な書類・証など)

- ◇診療情報提供書
- ◇医療保険証、介護保険証のコピー
- ◇難病医療症・重度障害医療症など
- ◇生活保護を受給中の場合は福祉事務所名・担当相談員名

(訪問診療開始の流れ)

- ①上記申込書に必要事項を記入の上、坂戸診療所にFAX・郵送・持参
↓
- ②坂戸診療所からご説明を行います。ご連絡を差し上げますので、都合の良い日をお知らせください。
※当院初診の場合には、必要に応じて検査などをお願いする場合がありますのでご了承ください
↓
- ③家の場所、療養環境、患者さんの状態確認のため事前訪問をおこないます。
↓
- ④初回の訪問診療などの日にちをお知らせします。
↓
- ⑤訪問診療を開始します。