

新 患 依 頼 書

年 月 日

(依頼先)

医療法人社団 医輝会
東郷医院

TEL (0422) 70 - 3050
FAX (0422) 70 - 3051

(紹介元)

機関名

担当者
職・氏名

TEL () -
FAX () -

(フリガナ)		男	生年月日 明・大・昭・平・令	
患者氏名		女	年 月 日 (歳)	
住 所		TEL () - ※訪問診療時の駐車場所 (無・有)		
緊急 連 絡 先	① TEL - -	自宅・携帯・勤務先	氏名	続柄 ()
	② TEL - -	自宅・携帯・勤務先	氏名	続柄 ()
	③ TEL - -	自宅・携帯・勤務先	氏名	続柄 ()
傷病名 (主訴)				
紹介目的： 1. 訪問診療 2. その他 ()				
既往歴及び家族歴				
食物・薬物アレルギー (有・無)				
<u>症状経過</u> <u>検査結果</u> <u>治療経過</u>				
現在の処方				
添付資料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (必須) <input type="checkbox"/> ケアプラン (コピー) <input type="checkbox"/> 健康保険証・その他医療受給者証 (コピー) <input type="checkbox"/> アセスメントシート (コピー) <input type="checkbox"/> 介護保険証・費用負担額割合証 (コピー) <input type="checkbox"/>				
連 携 先	ケアマネ 事業所名	担当	TEL	MCS連携 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未定
	訪問看護 事業所名	担当	TEL	MCS連携 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未定
	調剤薬局 事業所名	担当	TEL	MCS連携 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未定
※当院はMCS (メディアカルアステーション) 利用を推奨しております。 (MCSでの連携が難しい場合は、患者様の情報共有の観点から新規の受け入れが難しい場合がございます)				
備考 (特異体質、禁忌、注意事項等)				

※訪問診療開始にあたっての事前 (退院前) カンファレンス予 有 ・ 無 ・ 不明 希望日

※訪問診療相談外来 (30分3,000円 以降10分1,000円・自費) 有 ・ 無 ・ 不明 希望日