

大正区医師会 在宅医・かかりつけ医 申請書

(記入後、大正区医師会 06-6554-2283 に FAX 願います)

<病院用>

申請日 令和 年 月 日

病 院 名	
担 当 者 名	
電 話	(FAX)
回 答 期 日	年 月 日 迄 ・ 至 急

<患者情報>

氏 名 (イニシャル)	(歳) 性別 : <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住 所 (丁目 迄)	
キ ー パ ー ソ ン	居る 居ない 独居
病 名	
現 在 の 病 状 (簡 単 に)	
現 在 の 状 況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院予定 (月 日頃)
か かり つけ 医 を 必 要 と す る 理 由	<input type="checkbox"/> 退院後の かかりつけ医がいないため <input type="checkbox"/> 在宅での 看取りを希望しているため <input type="checkbox"/> その他:
介 護 認 定 の 有 無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

<大正区医師会記入欄>

受 付 日 時	年 月 日
完 了 日	年 月 日
決 定 医 療 機 関 名	
備 考	