

# 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	

# 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)

<居宅介護支援事業者用>

申請日 令和 年 月 日

事業所名	
担当者名	
電話番号	
回答期日	年 月 日迄 ・ 至急

<患者情報>

患者氏名	( 歳 ) 性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
患者住所	
家族の連絡先	氏名 TEL
治療中の病名	
現在の病状	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院予定 ( 月 日頃 ) <input type="checkbox"/> 在宅
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

<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	