

# 【医療法人やまぐちホームケアクリニック 診療情報提供依頼書】

受付日: 年 月 日

FAX:082-843-3029

731-1734 広島市安佐北区口田1-21-25

<依頼医療機関>

名称:

住所:

(診療時間) 平日:9:00~18:00

土曜日:9:00~12:00

担当者:

電話番号:

FAX番号:

①氏名( ) 年齢( ) 生年月日(T・S 年 月 日)

②住所( 区 )

③連絡先( ) 同居者( ) 主介護者( )

④病名(主病名)

⑤診療科:

主治医氏名:

⑥治療経過

( )

⑦今後の希望( )

⑧受けているサービス

・居宅介護支援事業所(ケアマネ):

・訪問看護: 訪問介護:

・訪問リハビリ:

⑨医療保険 ( 国保 ・ 社保 ・ 後期1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 生保 ・ 91 ・ 19 ・ 54)

介護保険 ( あり 要介護 要支援 ・なし ・申請中(申請日: / ) )

貴院診療形態 ( 外来 ・ 入院)

・初回相談希望日時(入院・外来) 1. 年 月 日  
2. 年 月 日  
3. 希望なし  
・入院の方⇒退院予定日 年 月 日

退院前カンファレンスの有無 (有・無) 年 月 日希望

こちらの診療情報提供書を参考に、詳しくお電話にてお聞きしたいと思います。  
原則、月・水・土曜の午前中に初回相談の時間を設けさせていただいております。  
ご都合が悪い場合は、別途ご相談ください。

※紹介状・看護サマリー・検査データ・CD-ROM をFAXしていただきますようお願いいたします。