

立川在宅ケアクリニックFAX在宅医療相談申込書

相談内容
<input type="checkbox"/> 在宅医療 (<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 通院困難 <input type="checkbox"/> 小児) <input type="checkbox"/> 医療相談 <input type="checkbox"/> 緩和ケア外来 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
相談希望日： ____月____日 (土曜日を除く)

平成____年____月____日送付

受付時間：月～金曜日

午前9時～午後5時

※土曜日午前9時～12時

フリガナ		男	明治・大正・昭和・平成	
患者様氏名		女	年 月 日 () 歳	
住 所	〒 ー	電話番号		
家族の連絡先	フリガナ			
	氏 名	続 柄		
	住 所			
	電話番号	携帯電話		

紹介元医療機関名		担当者	
電 話 番 号		FAX番号	
病 名			
主 治 医	科	先生	
現 所 在	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	紹介状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
癌の場合	病名の告知	本人 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 家族 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	余命の告知	本人 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 家族 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	がんの治療	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続	
日常生活について	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH)	
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行不可	
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	
	会 話	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> できない	
	酸 素	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	認 知 症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (具体的症状：)	
	主な介護者	氏名	続柄 ()

お問合せ先



医療法人社団 在和会

立川在宅ケアクリニック