

**医療法人あさかぜ**  
**薬院内科循環器科クリニック宛**  
 FAX:092-738-0080 TEL:092-738-0123



**<依頼者>**

医療機関・事業所・ご家族名

部署: TEL: FAX:

場所:

退院予定日: H 年 月 日 退院時共同指導日時: H 年 月 日

ご担当者様:

**<患者情報>**

在宅診療科目: ・ターミナル ・内科 ・小児科 ・精神科 ・皮膚科

氏名(ふりがな): 性別: 男 ・ 女

生年月日: T・S・H 年 月 日 年齢: 歳

住所: TEL:

同居家族:

キーパーソン氏名: 患者様との関係: 連絡先TEL:

主病名:

ADL:

かかりつけ医療機関: 医師名:

病状と経過:

内服薬の残数: 日まであり

医療行為の有無:  
 ・HOT ・人工呼吸器 ・在宅中心静脈栄養(ポート) ・胃瘻 ・褥瘡処置など

レンタル業者:

主保険・公費: 限度額認定証: 有 ・ 無

介護度: 未申請 申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 区変中

CM事業所名: CM名: 連絡先TEL:

訪問看護の有無: 事業所名:

\* FAX有難うございました、折り返し担当者からご連絡致します。  
 薬院内科循環器科クリニック  
 受付担当者: \_\_\_\_\_