

えどがわ在宅・透析クリニック 診療申込書

申込日	年 月 日
ふりがな	
ご利用される方のお名前	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 歳
性別	男 女
お住まいのご住所	〒 同居・独居
電話番号（自宅）	
電話番号（携帯）	
主なご病気	
介護認定	介護認定未申請・申請中・要支援1・2/要介護1・2・3・4・5 負担割合：1割・2割・3割
担当のケアマネジャー	事業所名 担当者名
	電話番号 FAX番号
介護サービス利用状況	訪問看護：週 回 デイサービス：週 回
	事業所名 事業所名
	介護ヘルパー：週 回 訪問入浴：週 回
	事業所名 事業所名
	その他利用中
今のお体の状態	食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) 備考：
	排泄 (自立・見守り・一部介助・全介助) 備考：
	歩行 (自立・見守り・一部介助・全介助) 備考：
	入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助) 備考：
主な介護者	氏名 続柄
	住所
	電話番号 携帯

受けている医療	・IVH/輸液ポンプ ・CAD/PCAポンプ ・ポート ・尿道カテーテル ・ストマ ・酸素 ・呼吸器/気管切開 ・褥瘡 ・インスリン ・輸液ポンプ ・他（ ）
今までかかったご病気	
内服中の薬の内容	
その他	

※診療情報提供書、その他情報がございましたら、併せてご送付お願いいたします。
 ※確認後、ご連絡させていただきます。お急ぎの場合はFAX後ご連絡お願いいたします。

医療法人社団 韮生会 えどがわ在宅・透析クリニック

〒133-0052 東京都江戸川区南小岩2丁目18-19 2F

TEL : 03-6801-7058 FAX : 03-6801-7059