

## えどがわ在宅 小岩クリニック 診療申込書

<b>申込日</b>	年 月 日
<b>ふりがな</b>	
<b>ご利用される方のお名前</b>	
<b>生年月日</b>	大正・昭和・平成 年 月 日 歳
<b>性別</b>	男 女
<b>お住まいのご住所</b>	〒 <span style="float: right;">同居・独居</span>
<b>電話番号（自宅）</b>	
<b>電話番号（携帯）</b>	
<b>主なご病気</b>	
<b>介護認定</b>	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
<b>担当のケアマネジャー</b>	事業所名 担当者名 電話番号 FAX番号
<b>介護サービス利用状況</b>	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
<b>今のお体の状態</b>	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：
<b>主な介護者</b>	氏名 続柄
	住所
	電話番号 携帯

<p>受けている医療</p>	<p>・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（            ）</p>
<p>今までかかったご病気</p>	
<p>内服中の薬の内容</p>	
<p>その他</p>	

※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 靱生会 エどがわ在宅 小岩クリニック**

〒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**