**訪問診療申込書**

**この度はご依頼くださりありがとうございます。当院の診療範囲をご確認の上、**

**申込書をご記載いただき、お手数ですが当方へFAX頂きますようお願いいたします。**

**申込み日**　**20　　　年　　　月　　　日**

河北ファミリークリニック南阿佐谷

電話番号　03-5913-7974

FAX番号　03-5913-7978

診療サポートNS

ご依頼者名　　　　　　　　　　　様

事業所名

お電話番号

FAX番号

|  |  |
| --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ****患者名****歳****男・女** | **住所**　　　　　　　　**区　　　　　　　　　　　　丁目** |
| **主病名** | **医療機関名****紹介医** |
| **医療処置** | 在宅酸素　　胃瘻　　　　尿管カテーテル　　　褥瘡　　　　ストマ　　　吸引その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　 |
| **ご依頼の目的** |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **初回日のご希望** | 当月　　　翌月　　出来るだけ早く |
| **その他** |  |

〇診療情報提供書の添付、または　紹介医へ診療情報提供書をご依頼ください。

本申込書と合わせて当科へFAXをお願いいたします。（FAX03-5913-7978）

〇お申込みいただいた後、当方より受諾等についてご連絡することもございます。