往診・訪問診療相談シート

医療法人社団 育生會 山口病院 **FAX：03-3949-3455**

必要事項をご記入の上、上記 FAX 番号に送信してください。折り返し担当者よりご連絡致します。

●フリガナ			**●性別**
●ご利用者氏名 ※往診を希望される方のお名前を、保険証に記載の漢字で	**氏**	**名**	1.男性 2.女性
●ご生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日		歳
●ご自宅住所 ※健診前の申込書や結果などを郵送するため、マンション名や部屋番号まで正確にご記入をお願いします。	〒　　—	都・道・府・県	
	市・区 町・村		
	丁目　　番地　　号		
	マンション（アパート）名	棟　　号室	
●表札、またはポストでのご氏名の表示の有無	有・無	（往診・郵送手段選択の参考にいたします）	
●エレベーターの有無	有・無	（高層階の場合、使用器材選択等の参考にいたします）	
●ご利用者電話番号	**ご自宅**	（　　）　　—	
	携帯電話	（　　）　　—	
●診療依頼内容 ※当院に依頼したい内容を、できるだけ具体的にご記入ください。			
●ADL（生活日常動作）	☐自分で動ける　☐見守りがあれば生活が可能 ☐坐位可能（車椅子など）　☐杖歩行　☐寝たきり		
●食事	☐自分で食べられる　☐胃ろうまたは経管栄養 ☐介助が必要　☐点滴　☐食べられない		
●気管切開	☐無　☐有	**●酸素吸入**	☐無　☐有
●褥瘡（床ずれ）	☐無　☐有　（有る場合、その部位：　　）		
●主な介護者	☐夫　☐妻　☐子ども　☐親（父・母）　☐親戚 ☐その他（　　）		