

診察券番号 _____

記入日： 月 日（ ）

在宅診療 事前確認票

患者様				
ふりがな		男・女	年 月 日生（ 歳）	
氏名				
住所	〒		TEL	
緊急時連絡先①				
氏名		続柄	職業	
			TEL	
緊急時連絡先②				
氏名		続柄	職業	
			TEL	
家族構成				
主介護者				
同居				

関連職種

介護事業所			
事業所名		TEL	
訪問看護ステーション			
事業所名		TEL	

診療歴

病名	医療機関	診療科
その他		
今後の通院継続	☐ あり ☐ なし	

医療処置

☐ 点滴 ☐ CVポート ☐ 経鼻胃管 ☐ 胃瘻 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 人工呼吸器 ☐ 在宅酸素
☐ 褥瘡処置 ☐ 尿道バルーン ☐ 人工肛門 ☐ インスリン ☐ その他（ ）

処方歴

かかりつけ薬局名	
残薬はいつまでか	

自由記載

--

ご記入ありがとうございました。

前医の紹介状もございましたら一緒にFAXお願いいたします。

FAX頂きましたら、担当者より連絡させていただきます。

お急ぎの方は先にご連絡ください。

来院時、保険証・印鑑・紹介状・お薬手帳ご持参お願いいたします。



くわた脳神経内科・在宅クリニック

KUWATA Neurology and Home Clinic

〒546-0011 大阪市東住吉区針中野2-11-8 ルミエール中野 1 階

Tel : 06-6718-5350

Fax : 06-6718-5351