

健康文化会【あんしん在宅ネット】
訪問診療(往診) ご相談・依頼 用紙

(受付 年 月 日)

○ご記入者(患者様ご本人でない場合)
氏名

家族・その他(CM, SW, Ns, _____)
希望連絡先(電話)

○患者様
ふりがな
ご氏名

明・大・昭 年 月 日生 (才)
ご住所

お電話

医療保険の種類

- 後期高齢者医療保険 国民健康保険
健康保険(扶養含) 生活保護

○ケアマネジャー(いる場合にご記入ください)
氏名

事業所名

連絡先(電話)

○これまでかかっていた医療機関

医療機関名 紹介状 あり 無

○当診療所をどうして知りましたか

- 診療所を利用したことがある
紹介された(_____ から)
パンフレットを見た
自分もしくは家族で調べた
その他

○いま困っていることや訪問診療(往診)に期待することを教えてください

【該当するものに印を付けて下さい】

- 通院が大変になった
食べられない、やせてきた
ころびやすい、動けない
認知症がすすんできた
じょく創を治したい
痛みを和らげたい
病気や障害があっても最後まで自宅で過ごしたい
ご家族に介護の負担感や不安がある
【その他(下のらんにご記入ください)】

○ご趣味や楽しみ、人生において大切にされていること、療養生活でのご希望などをお聞かせ下さい
【患者様ご本人】

【ご家族等】

※以下の欄は必ずしもご記入いただくなくてもかまいません。ご相談・依頼をいただいた後に聞き取りをさせていただくことがあります。

○飲酒や喫煙について

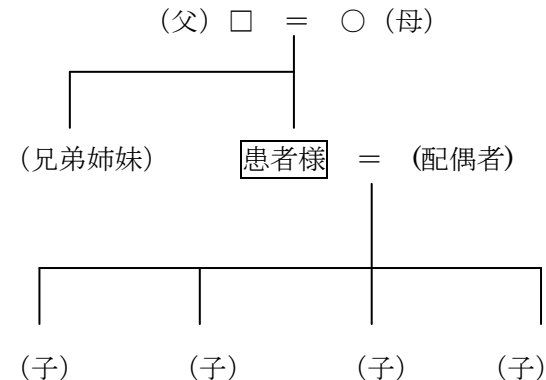
- お酒やビールを飲む
たばこを吸う

○アレルギー(ある場合にご記入ください)

- 食べ物(_____)
薬(_____)
その他(_____)

○ご職業(現在お仕事についていない方も以前されていたお仕事をご記入ください)

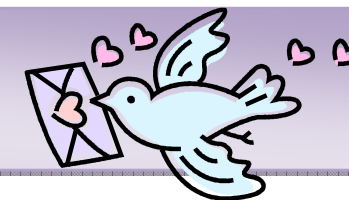
○ご家族の構成



ご記入ありがとうございました

ご記入後は、お近くの診療所に、まずは、お電話でご連絡ください(裏面もしくはパンフレットでご確認ください)。なお、この情報は、診療以外の目的には使用いたしません。

訪問診療（往診）ご相談・ご依頼は
お近くの診療所に、お気軽にお電話ください。



板橋区

あずさわ もとはすぬま
○小豆沢病院附属本蓮沼診療所
〒174-0051
東京都板橋区小豆沢 1-7-7
電話 03-3960-4837
Fax 03-3960-4837

○坂下診療所
〒174-0043
東京都板橋区坂下 1-12-20
電話 03-3966-3349
Fax 03-3966-7656

○小豆沢病院附属高島平診療所
〒175-0082
東京都板橋区高島平 8-1-1
電話 03-3932-3394
Fax 03-3932-3399

しもあかつか
○下赤塚診療所
〒175-0092
東京都板橋区赤塚 2-9-4 (1F)
電話 03-3979-6361
Fax 03-3979-6360

練馬区

○練馬第一診療所
〒179-0083
東京都練馬区平和台 4-20-16
電話 03-3933-8957
Fax 03-3559-7156

○練馬第二診療所
〒176-0001
東京都練馬区練馬 1-6-16
電話 03-3991-4670
Fax 03-3991-6684

北区

○桐ヶ丘団地診療所
〒115-0053
東京都北区赤羽台 3-17
電話 03-3907-2029
Fax 03-3907-2091

【ホームページもご覧ください】



あずさわ
小豆沢病院と診療所の
24時間365日サポートの
あんしん在宅ネット

