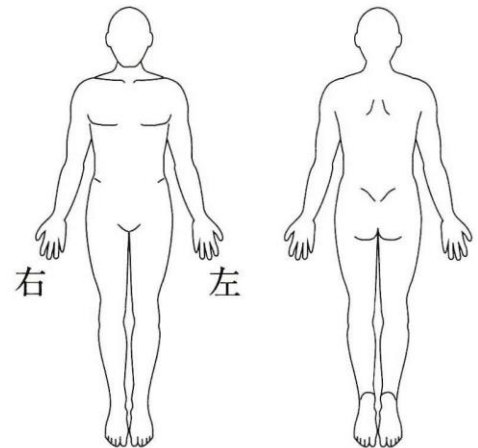


往診依頼書

ふりがな		大正			
お名前	(男・女)	生年月日	昭和	年	月 日
		年齢	平成 令和		
住所	〒				
	(自宅・介護施設)				
電話	日中につながる電話番号をご記入ください				

- ① 往診を依頼する症状はどのような症状ですか
いつから、どこにどのような症状があるかご記入ください



- ② 既往歴 現在治療中の病気をおしえてください

- ③ 現在、使用しているお薬はありますか？ (はい・いいえ)

※お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。

お薬名 ()

- ④ 往診をご依頼される理由

例) 寝たきりで受診ができない

()

- ⑤ その他連絡事項 事前に伝えておきたいことはありますか

ケアマネージャー、訪問看護師等、往診主治医などいらっしゃいましたらご記入ください

・ ()

・ ()

☆保険証のコピー、公費受給者証を必ず添付してください。

FAX 送信先 03-5967-0098