

旭川荘療育・医療センター訪問診療部みらい宛
 問い合わせ・申し込み用紙
 FAX 086-275-5222



患者様について教えてください

記入日： 年 月 日

お名前	性別 男・女	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
現住所	電話番号		
ご家族のお名前	続柄		
ご家族の住所	ご家族の電話番号	現住所と同じ場合は不要です	

現在の様子を教えてください

病名	
既往歴	
病状	(気管切開・人工呼吸器・胃瘻・レビンチューブ・導尿・人工肛門・褥瘡)
訪問診療の理由	外来通院困難 ・ その他()
病院・医院	外来通院中 ・ 入院中 ・ 訪問診療を受けている ・ かかりつけ医がない 医療機関名：

紹介者(この用紙を書いているのがご家族でない場合)

お名前	連絡先 (電話番号)
施設名	職種等

伝えておきたいこと

--

折り返し連絡を差し上げますので、連絡先が記入されていることを必ずご確認ください。
 不明な点などがございましたらお気軽にお問い合わせください。

旭川荘療育・医療センター 訪問診療部みらい
 〒703-8555 岡山市北区祇園866番地
 TEL 086-275-5200
 FAX 086-275-5222