往診問診票

平成　　年　　月　　日

在宅支援研究会　訪問診療部　行
TEL：0120-1182-95

在宅患者問い合わせ書

下記患者様の在宅医療の受け入れ確認について

氏名		※　男・女	M・T・S　　年　　月　　日生	歳※
住所	区※	町※		
電話番号				
現在の状況	入院中・在宅療養中	退院予定日	初回往診希望日	
疾病名	1	4	7	
	2	5	8	
	3	6	9	

患者情報（可能な限りご記入願います）
情報提供書、紹介状、看護サマリをご送付頂ければご記入は不要です。

ご紹介機関名	※
部署名	※
ご担当者氏名	※
連絡先電話番号	※
連絡先 FAX 番号	※

申し訳有りませんが、※印は必須項目でお願い致します。