

※医療保険証・介護保険証・紹介状等ございましたら、本書と御一緒にFAX送信お願いいたします。

## ●●ひかりテラス病院 訪問診療依頼書●●

FAX:0964-28-8016

申込者氏名		本人との 関係	
連絡先			

依頼年月日 年 月 日

フリガナ				生年月日
氏名	男・女		明治・大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)	
住所	電話番号:			(自宅/施設) (独居/家族等同居)
緊急連絡先	氏名	本人との関係( )		
	電話番号	住所		
かかりつけ医	医療機関名:	紹介状(有り/無し)		
	主治医:			
傷病名				
保険証の種類	負担割合1割 / 負担割合3割 / 障害者 / 減額医療証(老人医療) / 生活保護			
装着・使用 医療機器等	在宅酸素/人工呼吸/胃瘻チューブ/気管切開チューブ/膀胱留置カテーテル/中心静脈栄養 その他( )			
介護保険	要介護度	申請中/申請予定/自立 要支援 要介護 1・2・3・4・5	被保険者番号	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (認定日: 年 月 日)		
	ケアマネー ジャー	事業所名: 電話番号: 住所:	担当者名: FAX番号:	
訪問看護	(現在利用中 / 利用予定有り)	事業所名: 電話番号:	担当者名:	
		住所:		
※その他、特記事項・ご要望等ございましたら、ご記入お願いします。				

医療法人社団 井上会  
ひかりテラス病院 地域医療連携室  
〒861-4211  
熊本市南区城南町今吉野1020番地  
電話:0964-28-6000