《 訪問診療申込書 》

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | | 令和　　　 　年　 　　　月　　　 日 | | | | | | |
| ご本人（ 患者様 ） | ふりがな |  | | | | | 施設名 | |
| 氏名 | ○印 | | | | |  | |
| 住所 | 〒　　　　－ | | | | | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | 年齢　　　　　　歳 |
| ご連絡先 | ＴＥＬ |  | | | | | |
| ＦＡＸ |  | | | | | |
| 緊急時連絡先 | ① 氏 名 |  | 続柄 |  | 連絡先　　　-　　　- | | |
| ② 氏 名 |  | 続柄 |  | 連絡先　　　-　　　- | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご家族様（ 代理人 ） | ふりがな |  | |
| 氏名 | ○ 印 　続柄（ ) | |
| 住所 | 〒 － | |
| ご連絡先 | ＴＥＬ |  |
| 携帯電話 |  |
| ＦＡＸ |  |

※在宅療養を行うにあたり知り得た個人情報等は厳守致しますが、『個人情報保護指針』に基づいて、

他の医療機関や介護施設等連携上必要な情報については、提供する場合がございます。

医療法人 大晴会 南由布クリニック

院長　小手川　正司

〒879-5114　大分県由布市湯布院町川北1112-44

TEL＆FAX：0977-85-5245　　緊急時携帯電話番号：訪問診療契約締結後お知らせします