在宅診療申込書　＜入院中の方＞

入院病	
退院予定日	1週間以内　2週間以内　1ヵ月以内　1ヵ月以上先　未定
退院先	自宅　高齢者専用賃貸住宅　グループホーム　有料老人ホーム その他（　　）
退院先住所	
ご連絡先	ご担当者:　　連絡先電話番号:
患者様	（ 男 ・ 女 ）　　歳
入院科目	
傷病名	
症状	
介護保険	有 （ケアマネージャー: 有 ・ 未定 ）　　無
特記事項	

折り返し、ご担当者様へご連絡致しますので、しばらくお待ちください。

在宅医療ゆずクリニック FAX:042-400-0468
熱海ゆずクリニック　FAX:0557-86-0931
府中ゆずクリニック　FAX:042-370-1817
湘南ゆずクリニック　FAX:0466-52-6814