

精神科訪問診療 相談申込シート

(医療介護関係者用)

宛先FAX：045-509-1527 青葉アーバンクリニック宛

以下にご記入の上、FAXでお送りください。1週間以内に担当者よりお電話にてご連絡いたします。

ご状況によって、当院での対応が難しい場合がございますので、予めご了承ください。

記入日： 年 月 日

◎患者情報

年齢	歳	性別	女性 ・ 男性 ・ その他
精神科診断名			
現在の精神科処方			
精神科入院歴	有 ・ 無		
	※有とご回答いただいた方のみ、お答えください。		
	※直近の入院期間	いつ頃	年 月頃 か月間
	※入院形態	措置 ・ 医療保護 ・ 任意	
現在の精神科かかりつけ医	有 ・ 無		
	※有とご回答いただいた方のみ、お答えください。		
	※不調時の入院受入れ可否	可 ・ 不可	
ご家族・キーパーソン の状況	キーパーソンの有無	有（続柄： ） ・ 無	
	居住状況	同居 ・ 別居	
	協力が得られるかどうか	可 ・ 不可	
その他	※お困り事などご記入ください。		

◎相談者

氏名		ご所属	
連絡先電話番号			