

訪問診療申込書

在宅難病患者訪問診療を希望します。

なお、訪問診療で得られた情報を事業実施主体である東京都に報告するとともに、医師会、保健所等の機関が在宅支援に活用することに同意いたします。

(疾病名)

平成 年 月 日

患者住所

氏 名

申請者氏名 (続柄)