❀訪問診療申込書兼相談票❀

送信日	平成　　年　　月　　日		送信者(ケアマネ名)： TEL：(　　)－　　－	
患者様	氏名	フリカナ		生年月日　　年　　月　　日(　　歳)
	住　所			
	電　話　番　号	－　　－	FAX	－　　－
	保 険 の 種 類	社保・国保・保険なし　(いずれかに○をして下さい)		
	老 人 医 療 証	(　有　・　無　)　負担割合　(　　割)		
	公費負担医療	(　有　・　無　) 一部負担金　(　有　・　無　)		
	介 護 保 険 証	要支援(　１　・　２　)要介護(　１・２・３・４・５)		
	家族構成や介護状況	独居・同居　(　主たる介護者：　　)		

＜今困っている症状・状況は何ですか？＞

＜それはいつごろからですか？＞

＜現在の医療・介護上での問題点＞

＜ご家族のご希望等があればご記入下さい＞

※現在、継続的に服用されているお薬がありましたら、お薬手帳などをご用意ください。

FAX：０４２－７９４－９０１７　　**❀敬愛クリニック❀**