

# 訪問診療申込書兼相談票

			送信日	平成	年	月	日						
利用者	氏名	フリガナ						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 ( いづれかに○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	要		支		援 ( 1 ・ 2 )			要介護度 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )	
	利用中のサービス												
現在の症状及び既往歴													
現在の医療・介護上での問題点													
相 談 者	氏	名						電	話	番	号		
	所	属						職	種				

※相談者と利用者の生年月日・住所の○丁目○番地までは必ずご記入下さい。  
訪問エリアの確認を致します。

**FAX:048-682-2877**

**つばさクリニック在宅医療部**

地域連携担当: 本田