

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	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