

訪問診療申込書兼相談票

送信日： 令和 年 月 日		送信者（ケアマネ名）： TEL：	
患者さま 情報記入欄	フリガナ 氏名：		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○をしてください）	
	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・状況はなんですか？>			
<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ください>			

※現在継続的に服用されているお薬がありましたら、お薬手帳等をご用意ください

医療法人社団 天恵会

敬愛クリニック TEL：042-794-9106 FAX：042:794-9017