

訪問診療申込書兼相談表

| | | | | | | |
|--|-----------|---|-----|-------|------------------------|-------------|
| 申込日 | 西暦 年 月 日 | | | 申込者 | 事業所名： | |
| | | | | | 氏名： | |
| | | | | | TEL： () - | |
| 患者様 | 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： | |
| | | | | | 連絡先： - - | |
| <p><病 名></p> <p><今困っている症状・状況は何ですか？></p> <p><現在の医療・介護上での問題点></p> <p><ADL (現在のご状態) ></p> <p><ご家族のご希望等があればご記入下さい></p> | | | | | | |

※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 : 03-3868-2838



白山文京クリニック

明正会