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（いずれかに〇をして下さい）		
	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：　　－　　－	

＜病　名＞

＜今困っている症状・状況は何ですか？＞

＜現在の医療・介護上での問題点＞

＜ADL（現在のご状態）＞

＜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：03-5760-6804

医療法人社団 明正会

ウェルコンパス城南クリニック