



# 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>&lt;病 名&gt;</p> <p>&lt;今困っている症状・状況は何ですか？&gt;</p> <p>&lt;現在の医療・介護上での問題点&gt;</p> <p>&lt;ADL (現在のご状態) &gt;</p> <p>&lt;ご本人・ご家族のご希望等があればご記入下さい&gt;</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 : 03-3695-7897**



**東京葛飾クリニック**

明正会