


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><ご本人・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 : 03-5637-7186



明正会錦糸町クリニック

医療法人社団
明正会