

 **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：03-5637-9222