❀訪問診療申込書兼相談票❀

<table>
<tr><td>送信日</td><td colspan="2">平成　　年　　月　　日</td><td colspan="3">送信者(ケアマネ名):
TEL:(　　)ー　　ー</td></tr>
<tr><td rowspan="8">患者様</td><td rowspan="2">氏名</td><td>フリガナ</td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>住 所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td colspan="2">—　—</td><td>FAX</td><td colspan="2">—　—</td></tr>
<tr><td>保 険 の 種 類</td><td colspan="5">社保 ・ 国保 ・ 保険なし （いずれかに〇をして下さい）</td></tr>
<tr><td>老 人 医 療 証</td><td colspan="5">（ 有 ・ 無 ） 負担割合（　割）</td></tr>
<tr><td>公費負担医療</td><td colspan="5">（ 有 ・ 無 ）一部負担金（ 有 ・ 無 ）</td></tr>
<tr><td>介 護 保 険 証</td><td colspan="5">要支援 （ １ ・ ２ ） 要介護（ １・２・３・４・５ ）</td></tr>
<tr><td>家族構成や介護状況</td><td colspan="5">独居 ・ 同居 （ 主たる介護者:　　）</td></tr>
</table>

＜今困っている症状・状況は何ですか？＞

＜それはいつごろからですか？＞

＜現在の医療・介護上での問題点＞

＜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:03-5637-7186　　❀明正会錦糸町クリニック❀