

FAX : 092-283-5131

※お電話でも受付しております (TEL : 092-283-5121)

訪問診療相談申込シート

原三信おおはまクリニック宛

(令和 年 月 日 受付)

FAX : 092-283-5131

TEL : 092-283-5121

本申し込みシートをFAXにてご送信ください。折り返しクリニックより**お電話**を差し上げます。

| | | |
|-----|-----|--------------|
| 相談者 | 名前 | 患者様との関係 (続柄) |
| | TEL | |

| | | |
|------|------|------------------------------------|
| 患者情報 | フリガナ | |
| | 名前 | (男・女) |
| | 住所 | |
| | TEL | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 (歳) |
| | 介護保険 | 要支援 (1・2)・要介護 (1・2・3・4・5)・申請中・未申請 |
| | ケアマネ | 事業所名 () 担当者 () 連絡先 TEL |
| | 状況 | 自宅・入院中・施設入所中・その他 () 入院・入院先 () |
| | お薬手帳 | 有・無 |
| | 送迎希望 | 有・無 |

| | | |
|------|----|---------------------|
| 親密な方 | 名前 | 患者様との続柄 () (同居・別居) |
|------|----|---------------------|

病名

主治医

申込理由

※わかる範囲内のご記入で結構です。