

# あおばおうちクリニック 在宅医療相談シート (FAX用)

申し込み日 平成 年 月 日

相談者名 \_\_\_\_\_ 様  
(この用紙を記入された方)

相談者連絡先 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

ふりがな  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

生年月日 M・T・S 年 月 日 ( 歳)

患者住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医療保険証 番号: \_\_\_\_\_ 保険者番号: \_\_\_\_\_  
資格取得日 S・H 年 月 日  
(○をつけてください) 本人・家族 1割・3割

介護度 (○をつけてください) 要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V  
申請中 ・ なし

病名 ( \_\_\_\_\_ )

現在の状態 ( \_\_\_\_\_ )

現在(入院・通院中)の医療機関名: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

ケアマネージャー 有・無 事業所名: \_\_\_\_\_ 担当者: \_\_\_\_\_

訪問看護 有・無 事業所名: \_\_\_\_\_ 担当者: \_\_\_\_\_

あおばおうちクリニック  
TEL 050-3774-3191  
FAX 06-6954-8556