

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