

# FAX:054-269-6778

※お電話でも受付しております(TEL:054-269-6777)

## 訪問診療相談申込シート

静岡ホームクリニック宛

FAX:054-269-6778

(平成 年 月 日受付 )

TEL:054-269-6777

本申し込みシートをFAXにてご送信下さい。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( )<br>担当者( ) 連作先 TEL        |
|      | 状況   | 自宅・入院中・施設入所中・その他( )<br>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。