

訪問診療新規申込シート

医療法人社団北星会 くすの木ファミリークリニック宛

FAX 03-5438-4177

(平成 年 月 日受付)

TEL 03-5438-0202

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 ・ 要介護 () ・ 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・入所先 ()

キー パーソン	名前	患者様との関係(続柄)() (同居 ・ 別居)
------------	----	----------------------------

病名

主治医

その他

* ①訪問診療新規申込みシート(この用紙)②保険証・減額証など、③服薬内容(お薬手帳など)の3点
セットをFAXして下さい。

くすの木ファミリークリニック使用欄

訪問開始予定日

--