

●ひびきクリニック 在宅医療相談シート● (FAX 兼用)

FAX : 06-6167-8176

※医療保険証・介護保険証・紹介状などございましたら、本書とご一緒にFAXをお願いいたします。

申込日 平成 年 月 日

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (ご本人との関係 : \_\_\_\_\_ )

(この用紙を記入された方)

相談者連絡先 TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( 男 ・ 女 )

生年月日 ( M ・ T ・ S ・ H ) \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 )  
( 千 )

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) 種類 : 負担1割・負担3割・障害者・難病・医療証・生活保護

要介護度 要支援 I ・ II 要介護 I ・ II ・ III ・ IV ・ V

(○をつけてください) 申請中 ・ 申請予定 ・ なし

病名 \_\_\_\_\_

現在の状態・要望など  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

ひびきクリニック

TEL : 06-6167-8176

FAX : 06-6167-8176