

〈往診相談書〉

記入日 年 月 日

お手数ですが、分かる範囲でご記入をお願い申し上げます。FAXまたは郵送にてご送付ください。
他院検査結果やケアプランなどもございましたら併せてご送付お願いします。通常3営業日以内にご連絡申しあげます。連絡がない場合は恐れ入りますがクリニックまでお電話ください。

ご相談者様指名 _____ 様 (本人・ 家族・ 担当者)	
医療機関・事業所(部署)名 _____	TEL _____
	FAX _____
※施設名のご記入を必ずお願い致します。	

フリガナ			才	男・女	生年月日	年	月	日
名前								

訪問先ご住所 〒

電話番号		携帯電話	
------	--	------	--

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院)	施設入所中 ()
		退院予定 (/)	

既往(病名)

依頼内容・現在の状況

診療情報提供書

駐車スペース 無・有 ()

残薬 開始希望時期 月 日～希望

【現在利用中のサービス・介入不可の日程】下記へご利用の番号をご記入ください
①訪看 ②デイ ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪問リハビリ ⑥その他 ()

	月	火	水	木	金	土	
AM							
PM							

その他連絡事項

健康保険	国保・後期・社保・共済・生保・その他	公費：あり・なし	特定疾患医療証 あり・なし
			心身障害医療証 あり・なし

介護認定 なし・要介護(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中・区分変更中

ケアマネ	事業所	電話	
	担当者	FAX	

訪問看護利用の有無 なし・あり(事業所名：) (TEL：)

キーパーソン	様	続柄	緊急連絡先
	同居・別居(住所：)		

クリニック記入欄 初診日： / 受付担当 ()

赤塚しろくまクリニック皮膚科・形成外科

TEL:03-3930-4690

FAX:03-3930-4698