

訪問診療相談申込シート

上大岡そらクリニック

TEL : 045-349-2322

FAX : 045-349-2302

E-mail : info@solahc-ko.com

訪問診療をご希望の方は、下記にご記入のうえ、FAXまたはメールに添付してお送りください。

内容を確認後、担当者よりご連絡いたします。

お電話でのご相談も受け付けておりますので、お気軽にお問い合わせください。

| | | | | | | |
|-----------|-------------------|-----------------------------------|-----|------------|--|--|
| 患者様情報 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | |
| | 氏名 | | 男・女 | 年 月 日 (歳) | | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| | 介護保険 | 要支援1 2・要介護1 2 3 4 5・申請中・未申請・区分変更中 | | | | |
| | ケアマネジャー | 事業所名 | | 担当者 | | |
| | | 連絡先 | | | | |
| | 訪問看護 | 事業所名 | | | | |
| | | 連絡先 | | | | |
| | 現在の様子 (自宅・入院中) | | | | | |
| 家族(代理人)情報 | フリガナ | | 氏名 | | | |
| | 住所 | | 〒 | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| | | 続柄 () | | | | |