

ID :		
<b>訪問診療相談シート</b>		
		相談日 年 月 日
相談者の氏名	(本人との関係 : )	
相談者の連絡先	TEL :	
患者氏名		
生年月日	T・S・H 年 月 日	年齢 : 歳
住所	〒	
連絡先	TEL :	
介護度	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	なし
訪問看護の利用	ステーション名	なし
現在のご様子 (自宅・入院中)		
現在通院中の病院	なし・あり ( )	
かかりつけ医に紹介状依頼	依頼可能	依頼困難
各種保険・資格情報	<input type="checkbox"/> 医療保険証・後期高齢（負担割合 割） <input type="checkbox"/> 医療限度額適用認定証	
	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 指定難病	
	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 自立支援	
その他		
訪問診療の相談に関しては、上記内容を送って頂ければお話がスムーズです。 改めて、クリニックスタッフより、相談者様の連絡先にお電話いたします。		
医療法人社団ふくろうの森 さかい総合内科クリニック TEL : 0155-23-1515 FAX : 0155-23-1516		
		メール : sakai.gmc.nsd@gmail.com