

# みつわクリニック 訪問診療 申込書

【各施設及び事業所様、患者ご家族様】

医療保険証(後期高齢保険証・国民健康保険証)、介護保険証、医療証など患者様が**お持ちの全ての保険証のコピー**をこちらの用紙と一緒にFAXして頂くか、診療にお伺いした際にスタッフにお渡し下さい。なお、各保険証には有効期限があります。**新しく更新された際は、新しい保険証のコピー**をご用意頂きますようお願い申し上げます。

ご依頼者情報	事業所名	(ケアマネ・他)	電話番号	(     )	-	-
	氏名		FAX	(     )	-	-
	住所					

患者様情報	ふりがな		記入日	20	年	月	日
	患者様氏名	様	生年月日	明・大	年	月	日
	患者様住所						
	キーパーソンのご連絡先	氏名:	(続柄)	電話:(     )	-	-	
		住所:					
	担当ケアマネージャー	事業所:	氏名:				
		電話:(     )	-	-	FAX:(     )	-	-
	入院・手術歴など簡単な病歴						
	患者様の状態	寝たきり 寝たきり起きたり 移動できる(自力で・介助して) その他(     )					
	認知症に関して	( 有 ・ 無 )	介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5	負担割合	割	割
現在のかかりつけ医	医療機関名:						
	担当科または医師名:						
特記事項 (生活保護の受給、必要な医療的処置、利用中の障害者手帳等サービス、ご希望等をご記入下さい。)							

上記の内容をわかる範囲でご記入の上、FAXして下さい。折り返しご連絡致します。