

ことり在宅クリニック 在宅医療相談シート

相談者名 _____ 申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

相談者連絡先 TEL: _____ FAX: _____

ふりがな _____

患者氏名 _____ (男・女) _____ 生年月日 _____ (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 (自宅・施設) _____

電話番号 _____

現在の療養の場 _____

病名 _____

現在の状態 (診療情報提供書がある場合はFAXして下さい)

ケアマネージャー _____ 有・無 _____ 担当者 _____

訪問看護 _____ 有・無 _____ 担当ステーション _____
担当者名 _____

医療保険 _____ 保険者番号 _____ 記号 _____ 番号 _____

被保険者との続柄 _____ 本人・家族 _____ 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

要介護度 _____ 要支援 1・2 _____ 要介護 1・2・3・4・5 _____

ことり在宅クリニック 〒561-0831 大阪府豊中市庄内東町3丁目8-23 タナック 21 A棟 5F
TEL: 06-6398-7300 FAX: 06-6398-7400 Mail: info@kotori-clinic.net