

ふくしま在宅クリニック訪問診療照会票

◆記入者

氏名		相談日	令和 年 月 日
所属 (事業所名)		TEL	

◆患者基本情報

フリガナ		性別	居住種別	・自宅 ・施設
氏名		男・女	生年月日	T S H (歳)
住所	〒 ー 建物名(アパート・マンション・ビル) ※お住まいの方は必ずご記載ください。	TEL		
		FAX		
		患者様の 介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	

◆お持ちの医療証に○をつけてください

	介護保険証		非課税証明書
	介護保険負担割合証		生活保護受給者証
	医療保険証		障害者手帳
	医療費受給者証(難病など公費一部負担)		

◆ご利用介護サービス

・無し ・デイサービス(曜日) ・訪問リハ(曜日)
 ・訪問看護(曜日) ・訪問介護(曜日) ・訪問入浴(曜日)
 ・その他()

◆緊急連絡先(キーパーソン)

氏名		続柄	
住所		TEL	

◆ケアマネ情報

事業所名		ケアマネ氏名	
住所		連絡先	

◆請求書の送付先（診察翌月上旬ごろ郵送にて送付予定）

（いずれかに○をつけてください。ご家族様宛、その他の宛先をご希望の場合は宛先もご記入ください。）

- ・ ご本人様宛
- ・ ご家族様宛（〒 _____ ）
- ・ その他の宛先（〒 _____ ）

◆支払方法（いずれかに○をつけてください）

- ・ 現金（診察翌月中旬以降の訪問時にお支払いいただきます）
- ・ お振込み（請求書に振込先口座情報を記載いたします。）
- ・ 口座振替（推奨）（振替用紙記入後1～2か月後に引き落とし。
手続き完了までの間は現金もしくはお振込でお支払い対応をお願いします）

◆関係連絡先（ご利用があればご記入をお願いします。）

薬局名		担当者		TEL	
住所 〒				FAX	
訪問看護 ステーション名		担当者		TEL	
住所 〒				FAX	

◆特記事項（診察希望理由など）

ふくしま在宅クリニック

訪問診療【内科・精神科（認知症）】 呼吸器内科 アレルギー科

〒536-0001大阪市城東区古市3丁目8番プロムナード関目7-106

TEL:06-6180-9559 FAX:06-6180-7792

