

訪問診療に関するご相談シート

申込日 年 月 日

相談者氏名： _____

相談者連絡先： _____

Tel： () - _____

ふりがな	_____	男・女
患者氏名	_____	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
住所	〒 _____	

電話番号	() - _____	

介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 / なし
現病歴 既往症	_____
ご相談内容	_____

現在（入院 / 通院中）

の医療機関： _____ 主治医： _____

ケアマネージャー

有・無 事業所： _____ 担当者： _____

訪問看護

有・無 事業所： _____ 担当者： _____

Fax でご送信下さい。

折り返し、当クリニック担当者からご連絡を差し上げます。

やえクリニック

〒611-0025 京都府宇治市神明宮東14-1

Fax: 0774-20-2907