

# 訪問診療依頼票

FAX 045-948-6016

送信日 平成 年 月 日

ご依頼者（ふりがな）		TEL
		FAX
患者氏名（ふりがな）	生年月日 年 月 日 （ 歳）	
患者住所	TEL① ②	
キーパーソン（続柄、氏名、ふりがな）	TEL① ②	
保険の種類 社保・国保・保険無し（いずれかに○をして下さい）		
公費負担医療	（有・無）有の場合は下記のいずれかに○をして下さい 障害・難病・自立支援・生活保護・労災・その他（ ）	
医療保険者番号 （ 割）	標準負担額減額認定証(医療) （ 有 ・ 無 ）	介護保険番号 （ 割）
要介護度（ ）・要支援（ ） 有効期限 H 年 月 日		
利用中のサービス ※曜日と時間も ご記入下さい	（訪問看護や介護、デイサービス、ショートステイ、福祉用具、入浴など） __曜日(__ : __ ~ __ : __)… __曜日(__ : __ ~ __ : __)… __曜日(__ : __ ~ __ : __)…	
現在の症状及び既往歴		
主治医		
特記事項		

FAX を頂きましたらご家族と連絡を取らせて頂きます。 診療所の説明、訪問診療のシステム、料金等についてご納得頂きましたら、初回訪問日を決めさせて頂きます。

////////////////////////////////////

〒224-0032 神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎中央 17-26  
ビクトリアセンター南 301 号



港北ニュータウン診療所

TEL 045-948-6015 FAX 045-948-6016