



FAX. 06-6924-9610

## 青葉クリニック 訪問診療 申込書・相談票

## ◇ 患者様（ご本人）情報

フリガナ		性別	明治 大正 昭和 平成		
氏名		男 ・ 女	年	月	日生
保険証の住所	自宅 ・ 施設 : 施設名 ( 部屋番号 : )				
〒	-				
住まれてる住所	自宅 ・ 施設 : 施設名 ( 部屋番号 : )				
〒	-				
電話番号	自宅 ・ 携帯 ・ 施設			( )	
現在のかかりつけ医		病名		紹介状	有 ・ 無

## ◇ 緊急連絡先

氏名		本人との関係	
住所	〒	TEL	

## ◇ 請求連絡先（緊急連絡先と違う場合）

氏名		本人との関係	
住所	〒	TEL	

## ◇ 保険証

保険証の種類	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ その他 ( )				
公費保険証の有無	有	公費の種類	自立支援 ・ 障害者 ・ その他 ( )		無
介護保険	申請		要支援		要介護
	未申請	申請	1	2	1 2 3 4 5
ケアマネージャー	様			事業所名	
住所	〒	TEL			

☆訪問診療を希望する理由・お困りの事・その他ご相談内容をご記入下さい。

お申し込み年月日

年 月 日

申込者様

ご住所

お名前

ご連絡先 (TEL)

続柄