



FAX. 06-6924-9610

カルテID【 】

登録日：  
登録者：

確認者：

## 椿クリニック 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
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（ ）					
住民票のある住所						
公費保険証の有無	□有（ ） □無					
自立支援の有無	□有	有効期限：	□無			
福祉手帳の有無	□有	有効期限：	□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

## 病院記入欄

初回往診日：

初回問合せ日：

申込書類一式郵送日：

医療券の請求日：

必要書類【□契約書・□同意書・□アプラス・□保険証・□診療情報提供書】