

診察申込書

受付 年 月 日

カルテの事前登録のため、保険情報の記載もお願い致します。
記載に替えてコピーをFAXして頂いても結構です。

(ふりがな) 患者氏名	-----	性別 男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
保険証住所	〒 TEL	
往診先住所	〒 (建物名) TEL 携帯電話	

キーパーソン	氏名 (続柄) 〒 TEL 携帯電話	
第1連絡先	氏名 (続柄) 〒 TEL 携帯電話	

(医療)	保険者番号	
	被保険者証の記号	番号
	被保険者との続柄	本人・家族
	負担割合(老人)	1割・2割・3割
	公費	障害・特定疾患・生保・ほか()
	公費負担者番号	
	公費負担受給者番号	

※1年以内の入院歴

無・有

有の場合

病院名

退院日

介護保険証 (有・無)

(介護)	保険者番号	
	番号	
	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日
	介護状態区分	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
	介護事業所	
	介護事業所番号	
	ケアマネージャー	

あいホームケアクリニック

川崎市幸区都町37-10 1F

TEL 044-543-5556

FAX 044-543-5568

担当者:

主病名等

診療情報提供書(有・無)

薬剤情報(有・無)

告知(有・無) 予後(月)

医療機器 HOT ・ CV ・ 経管栄養(経鼻・PEG・経腸) ・ Ba ・ ストーマ

ADL

食事 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)

排泄 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)

歩行 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)

入浴 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)

認知症 (有 ・ 無)

訪問看護ステーション (有 ・ 無) (ステーション名:)

駐車場 (有 ・ 無)