

訪問診療相談申込シート

年 月 日 受付

お名前	フリガナ 様	生年月日	年 月 日
ご住所	〒		
連絡先			
ご家族様お名前	フリガナ 様	続柄	
ご住所	〒 □同上		
連絡先			

ケアマネジャー	様 ()	連絡先	
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (申請中・未申請)		

ご紹介者がいる場合ご記入ください。

お名前	様 ()	連絡先	
-----	-------	-----	--

お問い合わせ(治療)内容に しを付けてください。(複数可)

内科/外科/皮膚科/眼科/整形外科	精神科/心療内科	耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 生活習慣病 (高血圧、糖尿病※血糖コントロールなど)	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 嚥下評価・嚥下内視鏡検査
<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> うつ症状	<input type="checkbox"/> 語言聴覚士による嚥下指導
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 耳掃除
<input type="checkbox"/> 視力検査・眼圧検査		<input type="checkbox"/> 聴力検査・補聴器相談
<input type="checkbox"/> 爪切り		<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()		

訪問ご希望日程	第1希望日	月 日	第2希望日	月 日
---------	-------	-----	-------	-----

申請者様氏名	様	続柄	連絡先	
--------	---	----	-----	--

お手数ですが上記ご記入の上、下記までFAXにて送信お願い致します。

※保険情報(医療被保険証)、薬剤情報、その他診療情報提供書がある際は、同時に送信ください。

(お問合せ先) FAX:078-861-3312 TEL:078-861-3311