

宛先

よいとこ墨田クリニック 行

FAX: 03-6658-4768



新規訪問診療 問合せ票

相談日	令和 年 月 日 ()			相談者※	氏名	
利用者	氏名	ふりがな	男・女		職種	
					事業所名	
			電話番号			
	住所	〒				
	電話番号					
	生年月日※					
医療	社保・国保・保険なし (いずれかに○をしてください)					
	保険者番号					
	記号・番号		・ (自己負担割合 ___ 割)			
	後期高齢者医療証					
	被保険者番号		・ (自己負担割合 ___ 割)			
	公費負担医療		(有・無) → 有の場合は、下記へ公費負担番号、特定疾患番号等を記入			
	公費負担者番号・受給者番号		・ 一部負担金 (有・無)			
介護	(有・無) 要支援 (___) 要介護 (___)		交付年月日	令和 年 月 日		
	被保険者番号		認定年月日	令和 年 月 日		
	保険者 (市町村)		保険者番号			
	認定有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで			

・太枠内の※は、必須項目でお願いします。

・住所につきましては、訪問エリアの確認をしますので、町名の丁目までは必須でお願いします。

◆疾病名及び症状

◆既往歴及び家族歴

◆現在の処方

◆その他

わかる範囲でご記入頂ければ結構です。