

箕面ひだまりクリニック 在宅医療相談シート

相談者名				申込日		年		月		日
相談者連絡先	TEL				FAX					
ふりがな					生年月日 (西暦)					
患者氏名				(男・女)		年		月		日
患者住所	(自宅・施設)									
電話番号										
現在の療養の場										
病名										
現在の状態 (診療情報提供書がある場合はFAXして下さい)										
ケアマネージャー		有・無	担当者							
訪問看護		有・無	担当ステーション 担当者名							
医療保険	保険者番号				記号				番号	
被保険者との続柄		本人・家族	認定年月日			年		月		日
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5									

箕面ひだまりクリニック 〒562-0031 大阪府箕面市小野原東6丁目24番3号

TEL : 072-727-1717 FAX:072-727-1554 Mail: shounanzaitaku2025@gmail.com