

訪問診療申込書 兼 相談表

FAX : 03-3370-9334 Aiクリニック行(そのままご送信ください)

☆ご紹介者様

お申込日	平成	年	月	日	事業所名		氏名	
ご連絡先	TEL :				FAX :			

☆患者様情報

患者氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
住所(マンション名までご記入ください)	〒			家族と同居・独居		電話番号	
キーパーソン氏名	続柄()			電話番号			
介護度	未申請・申請中・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5			生活保護受給		有・無	
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			難病受給者証		有・無	
認知症高齢者の日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			自立支援受給者証		有・無	
				障害者手帳		種類と等級	

☆主病/主訴/当院に求めること

☆既往/現在の内服薬など

現在かかりつけ病院・介護サービス

その他(ご質問などがあればご記入ください)

医療法人社団 啓神会 Aiクリニック
 〒151-0071 東京都渋谷区本町3-49-16 アイコービル7階
 TEL : 03-3370-9335 FAX:03-3370-9334
 E-mail:jimkyoku@orchester.co.jp
 ご相談受付時間：月～土(平日) 10時～17時