

訪問診療依頼票

FAX 045-948-6016

送信日 平成 年 月 日

ご依頼者		TEL
		FAX
患者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)	
患者住所	TEL	
キーパーソン	TEL	
保険の種類 社保・国保・保険無し (いずれかに○をして下さい)		
介護保険番号	後期高齢者医療被保険者番号 (割)	
公費負担医療	(有・無) 有の場合は下記へ種類・記号・番号	
要介護度 ()・要支援 (有・無) 有効期限 H 年 月 日		
利用中のサービス		
主治医		
現在の症状及び既往歴		
特記事項		
連絡方法	希望日時	

FAX を頂きましたらご家族と連絡を取らせていただきます。診療所の説明、訪問診療のシステム、料金等についてご納得頂きましたら、初回訪問診療日を決めさせていただきます。



〒224-0032 神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎中央 17-26
ビクトリアセンター南 301 号

港北ニュータウン診療所

TEL 045-948-6015 FAX 045-948-6016