

宛先

医療法人ほそたにクリニック行き

FAX 086-251-1188

電話 086-251-1100

新規訪問診療 問合せ表

相談日	H 年 月 日 ()		相談者 (※)	氏 名	
				電話番号 ()	-
利用者	氏 名	ふりがな		所 属	
				職 種	
	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	39			
	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()		有効期間	H 年 月 日	
	番号		交付年月日	H 年 月 日	保険番号
	保険市町村		認定年月日	H 年 月 日	
	認定有効期間		H 年 月 日 ~ H 年 月 日		

太枠内の※は必須項目でお願い致します。

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致します。

傷病名及び症状

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。