新規患者様　相談表

[PDF]

たかせクリニック宛
FAX　03－5732－2526

受付日　　年　月　日

紹介者欄			
事業所名		担当者名	
住　所	〒		
電　話		FAX	

ふりがな 患者様氏名			生年月日 T・S・H　　年　月　日　　歳
住　所	〒		
電話番号	ー　　ー	FAX	ー　　ー
疾患名	1	2	
	3	4	
既往癖			

主な介護者及びご家族	氏名		（間柄）	同居　・　別居
	電話番号	ー　　ー	T・S・H　　年　月　日　　歳	
住　所	〒			
携帯番号	ー　　ー	FAX	ー　　ー	

薬局	店名		
	電話番号	ー　　ー	FAX
受けている介護事業所名			
住　所	〒	電話番号	ー　　ー
介護認定	自立　・　要支援　・　要介護　（　1　2　3　4　5　） 介護保険　期限　平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日		
障害認定	ある　　ない	各種手当	
訪問可能日と時間			

備　　考	その他