

分かる範囲でご記入ください。※印はなるべくご記入ください。

おだやか診療所 行 (FAX 03-6451-7693) ※申込日：平成・令和 年 月 日

※ご相談者のお名前 _____ 様 ※連絡先電話番号 _____

※お名前	フリガナ						男・女	
※生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	歳			
※ご住所								
※電話番号	自宅	-	-	携帯など	-	-		
※現在の状況	自宅 ・ 入院 (病院 科、担当医師名)							
※病名、既往歴								
※経緯・状況								
内服薬	残薬	日分	薬の名前(わかる範囲で結構です)					
医療保険	1割・2割・3割	限度額申請： 有・無			公費： 有・無			
介護保険	なし・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中・区分変更中							
担当ケアマネジャー	事業所				担当者名			
介護保険サービス	特になし・①訪問看護・②訪問介護・③デイサービス・④訪問入浴・⑤その他							
		月	火	水	木	金	土	日
	午前							
	午後							
※主介護者名				続柄			連絡先	
	同居・別居(住所 _____)							

おだやか診療所

電話：03-6451-7692 FAX：03-6451-7693