

訪問診療依頼表

FAX 072-779-6301

送信日 平成 年 月 日

ご依頼者(所属先・氏名)		TEL	
		FAX	
患者氏名	男・女	生年月日	M T S H
		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 ・ 後期高齢 (いずれかに○をしてください)			
被保険者記号・番号			
公費負担	(有・無) 有の場合は下記へ種類・記号・番号		
介護保険番号		要介護度()	要支援()
利用中のサービス			
主治医			
病名			
現在の症状および既往歴			
特記事項			
連絡方法		希望日時	

わかる範囲でご記入いただき、FAXを頂きましたら連絡を取らせていただきます。訪問診療のシステム、料金等についてご納得いただきましたら、初回訪問診療日を決めて訪問させていただきます。



〒664-0023

兵庫県伊丹市中野西3丁目1-1 マイシティ伊丹壱番館 106号室

TEL 072-779-6300 FAX 072-779-6301