

訪問診療依頼票

FAX 045-988-6002

依頼日： 年 月 日

ご依頼者：

電話番号： — —

患者氏名：

生年月日： 年 月 日（ 歳）

患者住所：

電話番号： — —

医療保険： 社保・国保・後期（ 割）・その他（ ）

キーパーソン：

電話番号： — —

利用中の介護サービス：

現在の状態及び既往歴：

特記事項：

分かる範囲で構いませんのでご記入ください。

当用紙をFAXにてご送信いただけましたら、ご依頼者のほか、ご本人（ご家族）へ連絡させていただきます。在宅医療のシステムについてご説明、ご納得いただけましたら、初回訪問日を決定し、ご依頼者へご連絡させていただきます。

医療法人社団 愛英会

横浜まちだクリニック

Yokohama-Machida Clinic

〒227-0064 神奈川県横浜市青葉区田奈町15-4
田奈駅前クリニックビル2階202号

電話：045-988-6001 FAX：045-988-6002

