

訪問診療 相談票

No.

クリニック医庵 地域連携課 宛

Mail : houmon@c-ian.jp

FAX : 045-507-5425

現時点でご記入可能な部分だけでも構いませんので情報をいただけますようお願いいたします。

〈ご相談者様の情報〉

ご相談者様のお名前	フリガナ	患者様との関係	ご家族・ケアマネジャー・施設長等
所属事業所名 (施設名)			
連絡先 電話番号	相談票を確認させていただきお電話にてご連絡いたします。日中連絡の繋がる電話番号をご記入ください。		

〈患者様の情報〉

患者様のお名前	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
		性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請		
患者様のお住まい	ご自宅の場合、ご住所をご記入ください (訪問エリアの確認の為ご記入いただきますので 番地の記載は不要です)		
	施設にご入居の場合、施設名をご記入ください		
患者様の病名や状況	患者様の病名や現在の状況をわかる範囲でご記入ください		

ご相談、ご要望、お困りごと等がございましたらご記入ください

ご記入ありがとうございました。後ほど担当者よりご連絡させていただきます。

当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。

ホームページ 病院・クリニック ケアマネジャー 地域ケアプラザ

役所 デイサービス クリニックの検索サイト 友達 その他 ()

お問い合わせ先

医療法人社団folkモア

クリニック医庵

運営部 地域連携課

TEL : 045-509-1239

地域連携課記入欄

受付日 年 月 日

担当者名

2025Ver.1