訪問診療　相談票

クリニック医庵　地域連携部　宛　　FAX　045-507-5425

＊現時点でお分かりになる範囲でご記入ください。

施設名		担当者名	施設ご連絡先
フリガナ 患者様氏名		生年月日 T・S・H	年　月　日（　　）歳
電話番号			
ご連絡先	①	②	
入居予定日		居室番号	
キーパーソン		ご連絡先	
ご入居前の状況	□ご自宅　□病院　□その他（　　）		
かかりつけ 医療機関名	＊複数の受診医療機関があれば、合わせてご記入ください。		
情報提供書 （紹介状）	□　あり　□　依頼中　□不明		
主病名			
既往症			
要介護認定	要支援　１　・　２　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５　申請中　・　未申請		

その他、ご要望等がございましたら、ご記入ください。

【お問い合わせ先】

医療法人社団 フォルクモア

クリニック医庵 地域連携部

TEL　045-509-1239

FAX　045-507-5425

email　houmon@c-ian.jp

クリニック医庵　記入欄　＊受け取りの確認

□入居時の基本情報・アセスメントシート等

□各種保険証コピー

□看護サマリー

□お薬情報（お薬手帳のコピー等）

□その他　（　　）

受付日　　年　月　日（　）担当（　　）