

# たいようさんさん在宅クリニック 在宅医療相談シート

(FAX兼用)

申込日 平成 年 月 日

ふりがな  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳 )

住所(自宅・施設) 〒 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ 駐車スペース(有・無)

キーパーソン氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

## ■被保険者証

|       |          |       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者番号 |          |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号    | 番号       |       |  |  |  |  |  |  |  |
|       |          | 本人・家族 |  |  |  |  |  |  |  |
| 負担割合  | 1割・2割・3割 |       |  |  |  |  |  |  |  |

保護医療(福祉事務所名) \_\_\_\_\_ )

## ■公費負担医療受給者証

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## ■公費負担医療受給者証

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

介護度 要支援: I・II  
申請中

要介護: I・II・III・IV・V  
なし

病名 \_\_\_\_\_

現在の状態

現在(入院・通院中)の医療機関名: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

ケアマネージャー 無・有 事業所名: \_\_\_\_\_ 担当者: \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_

訪問看護 無・有 事業所名: \_\_\_\_\_ 担当者: \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_



たいようさんさん  
在宅クリニック

TEL : 06-4250-9233  
FAX : 06-4250-9234