

いいじま歯科クリニック訪問診療 依頼書

依頼日 年 月 日()

患者様情報	氏名 (フルネーム、漢字で)	(フリガナ)				当院受診歴 有 ・ 無	
	生年月日	年	月	日 ()	歳	性別	男 ・ 女
	自宅住所	〒				患者様の ときネット利用	有 ・ 無
	電話番号	()				(本人・家族)	
	現在の症状						
施設情報	施設名					階	号室(ユニット)
	電話番号	()				介護保険	有 ・ 無
保険証情報	介護度	要支援	1	2	要介護	1	2 3 4 5
	保険証	国保・社保・後期高齢・限度額(区分)・介護保険・介護負担割合証 生保・重度心身障害者受給者証・前期高齢・労災					
	フェイスシート	FAX・郵送・家族持参・その他()					
	薬情・情報提供書	FAX・郵送・家族持参・その他()					
	保険証の確認	FAX・郵送・家族持参・その他()					
ケアマネージャー 氏名 (フルネーム、漢字で)	(フリガナ)				事業所名	TEL(- -)	
依頼者	氏名						
	患者様との関係	施設関係者 ・ ケアマネージャー ・ 家族 ・ 本人					
	電話番号	()					
日程		月	火	水	木	金	土
	AM						
	PM						
請求	請求先住所	施設請求 ・ 自宅又は家族請求					
		(自宅の場合のみ) 宛名:			住所:		
折り返し連絡先	施設名:					氏名:	

※敬称略

☆後ほど、担当スタッフよりご連絡させていただきます。

※不明な点がございましたら、ご連絡下さい。

医療法人社団友和会
いいじま歯科クリニック
TEL:0254-23-0648
FAX:0254-23-8177

いいじま歯科クリニック訪問診療 依頼書

依頼日 年 月 日()

患者様情報	氏名 (フルネーム、漢字で)	(フリガナ) イイジマ タロウ 飯島 太郎	当院受診歴 <input checked="" type="radio"/> 有・無			
	生年月日	1950年 7月 1日 (72)歳	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 女		
	自宅住所	〒957-0063 新発田市新栄町1-6-000	患者様の ときネット利用	<input checked="" type="radio"/> 有・無		
	電話番号	0254 (23) 0000 (本人・家族)				
	現在の症状	※困っていることや症状は詳細に記入ください。				
施設情報	施設名	いいじまの里	○ 階	○○ 号室(ユニット)		
	電話番号	0254 (23) × ×	介護保険	<input checked="" type="radio"/> 有 無		
保険証情報	介護度	要支援	1	2	要介護	1 <input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5
	保険証	国保・社保・後期高齢・限度額(区分)・介護保険・介護負担割合証				
		生保・重度心身障害者受給者証・前期高齢・労災				
	フェイスシート	FAX・郵送・家族持参・その他()				
	薬情・情報提供書	FAX・郵送・家族持参・その他()				
保険証の確認	FAX・郵送・家族持参・その他()					
ケアマネジャー 氏名 (フルネーム、漢字で)	(フリガナ) ヤマダ ハナコ 山田 花子	事業所名	いいじま TEL(025 - 22 - 1234)			
依頼者	氏名	山田 花子				
	患者様との関係	施設関係者・ケアマネジャー・家族・本人				
	電話番号	0254	(22)	1234		
日程		月	火	水	木	金 土
	AM	×		×		×
	PM	×				×
請求	請求先住所	施設請求・自宅又は家族請求				
		(自宅の場合のみ) 宛名:	住所:			
折り返し連絡先	施設名: いいじま	氏名: 山田花子				

※敬称略

☆後ほど、担当スタッフよりご連絡させていただきます。

※不明な点がございましたら、ご連絡下さい。

医療法人社団友和会
いいじま歯科クリニック
TEL:0254-23-0648
FAX:0254-23-8177