

新規訪問診療 問合せ票

相談日	令和 年 月 日 ()		
利用者※	氏名	ふりがな	男 ・ 女
	住所	〒	
	電話番号		
	生年月日※		

相談者※	氏名	
	職種	
	事業所名	
	電話番号	

【医療】

社保・国保・保険なし (いずれかに○をしてください)	
保険者番号	
記号・番号	・ (自己負担割合 ____ 割)
後期高齢者医療証	
被保険者番号	・ (自己負担割合 ____ 割)
公費負担医療	(有・無) → 有の場合は、下記へ公費負担番号、特定疾患番号等を記入
公費負担者番号 ・ 受給者番号	・ 一部負担金 (有・無)

【介護】

(有・無) 要支援(____) 要介護(____)	
被保険者番号	
保険者(市町村)	
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで
交付年月日	令和 年 月 日
認定年月日	令和 年 月 日
保険者番号	

【事業所】

訪問看護	
介護事業所	

◆病名及び既往歴
◆現在受けている医療行為
◆依頼目的
◆本人・家族の意向
◆家族構成・生活状況
◆特記事項