

お問合せ表（内科・精神科・眼科）

送付年月日 _____

お手数ですが、問い合わせ内容をご記入ください。
内容を確認し、速やかに担当者よりご連絡いたします。

お立場 ※名称、ご担当者名も ご記入ください	<input type="checkbox"/> 医療機関 ()
	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー ()
	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション ()
	<input type="checkbox"/> 調剤薬局 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()
折り返しのお電話番号	

ご記入頂ける範囲で構いませんので、よろしくお願いいたします。

患者さま氏名	様 ※イニシャルでも可		性別 男・女
年齢	歳	生活環境	施設 独居 同居家族あり
住所(一部でも可)			
主病(主訴)			
訪問診療を希望する理由 (困っていること等)			
現在の状況	外来通院() 入院中()		
	かかりつけ医なし	退院の時期()	
介護保険	介護度: 介護保険無し・これから申請		
介護サービス利用について	デイやショートステイ利用(月火水木金土日)		サービス利用なし
診療情報提供書は ございますか？	すでに手元にある	これから手配する	
	※フェイスシートや薬剤情報など、患者様の状況が分かるものがあると助かります		

千葉中央ひかりクリニック
FAX: 043-306-2112