

年 月 日

訪問診療 問診票

申込者 _____

ご本人との関係 _____

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平	年	月	日
お名前			年齢	(歳)		
住所	〒						
電話番号							
ご家族 お名前		続柄		電話番号			
訪問看護							
電話番号				担当			
介護支援事業所							
電話番号				担当			
調剤薬局				電話番号			

◎介護保険の有無 有(介護度) ・ 申請中 ・ 無

◎在宅生活で問題になっていること

持参していただくもの

- ・健康保険証
- ・福祉医療費受給券・限度額適用・標準負担額減額認定証(お持ちの方のみ)
- ・介護保険証・介護保険負担割合証
- ・現在治療している病院・医院からの診療情報提供書(紹介状)
- ・お薬手帳