



新規訪問診療 問合せ票

相談日	平成 年 月 日 ()		相談者※	氏名		
				職種		
利用者	氏名	ふりがな		男・女	事業所名	
	住所	〒				
	電話番号					
	生年月日※					
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(____)		交付年月日	平成 年 月 日		
	被保険者番号		認定年月日	平成 年 月 日		
	保険者(市町村)		保険者番号			
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで				

・太枠内の※は、必須項目でお願いします。

・住所につきましては、訪問エリアの確認をしますので、町名の丁目までは必須でお願いします。

◆疾病名及び症状

◆既往歴及び家族歴

◆現在の処方

◆その他

わかる範囲でご記入頂ければ結構です。