



新規訪問診療 問合せ票

相談日	令和 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	
					電話番号	
	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	令和 年 月 日		
	被保険者番号		認定年月日	令和 年 月 日		
	保険者(市町村)		保険者番号			
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 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。