

訪問診療 お問い合わせ用紙

在宅医療支援サービスセンター グラッチェ 行き

FAX.0120-39-6879

TEL. 0120-39-6877 又は **06-4308-8548**

※緊急の場合はお電話でお願いいたします。(担当：古石) 発信日： 年 月 日

ご依頼元名称			依頼者名		
住 所					
T E L			FAX		

ふりがな				TEL				
診療希望者名								
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日 (歳)	性 別	男・女		
訪問先種別	・自宅 ・施設(名称:)							
訪問先住所								
保険証種別	後期高齢者・国保・社保		公費種別	生保・障害・助成・特定疾患				
要介護認定区分	・要支援1 ・要支援2		・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5					
受信可能日	常に可能		月	火	水	木	金	土
		AM						
		PM						

かかりつけ医 又は 入院していた病院	医療機関名：						
	担当医：			TEL：			
病 気 の 経 歴							
お問い合わせの 内 容							
注意事項など							
感 染 症	なし・あり	肝炎(B型・C型)・HIV・MRSA・結核・梅毒・疥癬・その他()					
担当ケアマネージャー様	事業所名：			ケアマネージャー名：			

利用目的：個人情報保護法により、ご記入頂いた氏名・住所・電話番号・介護度・既往歴等の情報に関しましては、治療に関して必要な情報である為、協力歯科医院の担当歯科医師へのみ開示し、それ以外の第三者への開示は一切致しません。

〒577-0016 東大阪市長田西1丁目4番27号 在宅医療支援サービスセンター グラッチェ