

コーラルクリニック診療申込書

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	T S H	年	月	日(歳)
患者氏名		男・女					
住所	〒 -			電話番号	- -		

家族状況 (キーパーソン)	同居家族	独居 ・ 日中独居 ・ 同居家族有	主介護者	
	キーパーソン 氏名	(続柄:)	自宅電話	- -
			携帯電話	- -
その他備考				

主病名							
かかりつけ医	病院名						
	診療科		電話番号	-	-		
	担当医		FAX番号	-	-		
かかりつけ薬局 訪問薬剤 有・無	薬局名					電話番号	- -
						FAX番号	- -

介護認定	(1 ・ 2 ・ 3割負担) (無 ・ 申請中 ・ 要支援1 ・ 2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)						
ケアマネージャー	担当者名	事業所名			電話番号	-	-
					FAX番号	-	-
訪問看護 24時間対応 有・無	担当者名	事業所名			電話番号	-	-
					FAX番号	-	-
	事業所住所	〒 -					

各サービス 利用状況 ※該当する曜日・ 時間帯に現在利 用しているサー ビスの番号を記入 して下さい。 (右から選択)	訪問看護 … ①	午前	月 曜	火 曜	水 曜	木 曜	金 曜
	訪問介護 … ②						
	訪問入浴 … ③	午後					
	訪問リハビリ … ④						
訪問薬局 … ⑤	備考						
通所介護 (デイサービス) … ⑥							
ショートステイ … ⑦							

社会資源	難病医療券 (有 ・ 無 ・ 申請中)	後期高齢者保険証 (1 ・ 2 ・ 3 割)
	身体障害者手帳 (有 ・ 無 → 等級 級)	マル障受給者証 (有 ・ 無)

現在の療養状況	自宅療養中 施設入所中 その他()
	入院中 (医療機関名: , 入院日: 年 月 日、退院予定日: 年 月 日)

診療情報提供書	有 ・ 無	取得予定日: 令和 年 月 日
---------	-------	-----------------

特記事項	
------	--

