

# 診察申込書

カルテの事前登録のため、保険情報の記載もお願い致します。  
記載に替えてコピーをFAXして頂いても結構です。

受付 年 月 日

(ふりがな)			性別 男・女
患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日( 歳)	
保険住所	〒		
	TEL:		
往診先住所	〒		
	TEL: 携帯電話:		

キーパーソン	氏名:	(ふりがな)	(続柄)
	住所	〒	
	TEL:	携帯電話:	
第1連絡先	氏名:	(ふりがな)	(続柄)
	住所	〒	
	TEL:	携帯電話:	

(医療)	保険者番号		※1年以内の入院歴(有・無)	
	被保険者証の記号			
	被保険者証の続柄		※有の場合	
	負担割合(老人)		病院名	
	公費			
	公費負担者番号		退院日	
公費負担者受給者番号				

介護保険証 (有・無)		はなまる在宅クリニック 在宅療養支援診療所  〒211-0068 川崎市中原区小杉御殿町1-974-2 TEL: 044-711-2870 FAX: 044-711-2880  担当者:	
(介護)	保険者番号		
	番号		
	認定の有効期間		
	介護状態区分		
	介護事業所		
	介護事業所番号		
ケアマネージャー			

主病名等		診療情報提供所（有・無）	薬剤情報（有・無）
告知（有・無）		予後（ヶ月）	
医療機器 HOT ・ CV ・ 経管栄養（経鼻・PEG・経腸） ・ Ba ・ ストーマADL			
食事	（ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）		
排泄	（ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）		
歩行	（ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）		
入浴	（ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）		
認知症	（ 有 ・ 無 ）		
訪問看護ステーション	（ 有 ・ 無 ）		
ステーション名			
駐車場	（ 有 ・ 無 ）		
備考			