訪問診療依頼状

神楽坂ホームケアクリニック 行

※お電話でも受け付けております。お気軽にご相談ください。
TEL　03-5227-7878

送付方法

いずれかの方法で、ご送付ください。

◆ FAX　**03-5227-7879**

◆ メール
① この用紙を携帯カメラやデジカメで撮影。
② メールに添付。
③ info@khcc.jp　へ送付してください。

◆ 郵送　〒112-0014
文京区関口 1-13-14　向井ビル2階
神楽坂ホームケアクリニック　宛

患者情報

患者氏名　　ふりがな

生年月日　　年齢　　性別

住　　所　〒

電話番号

病　　名　わかる範囲でご記入ください。

現在の生活状況
1. ご自宅
2. 施設入居中（施設名：　　）
3. 入院中（病院名：　　退院予定日：　　or 未定）

身体状況　わかる範囲でご記入ください。

ご家族連絡先

ふりがな
氏　　名

電話番号

続　　柄

住　　所

ケアマネジャー

（決まっていない場合は、未定とご記入ください。）

事業者名

電話番号

担当者名