

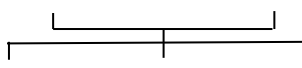
新規患者様 相談票

たかせクリニック宛

FAX 03-5732-2526

記入者	
記入日	年 月 日

ふりがな 患者様氏名		男・女	生年月日 T・S・H 年 月 日 歳
住所	〒		
電話番号	- -	FAX	- -
疾患名	1	2	
	3	4	
既往歴			

主な介護者 及びご家族	氏名		(間柄)	同居・別居
	電話番号	- -	T・S・H	年 月 日 歳
住所	〒			
携帯番号	- -	FAX	- -	
				

介護事業所名(ケアマネ)		担当者様	
住所	〒	電話番号	- -
介護認定	自立・要支援・要介護 (1 2 3 4 5) 介護保険 期限 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
ディサービス利用	月・火・水・木・金・土・日	事業所名	
他のサービス	訪問看護・訪問入浴・介護ヘルパー・福祉用具レンタル	健康保険負担割合	割
かかりつけ医		最終通院日	
障害認定	障・都・自立支援 その他	残薬	日分
訪問可能日と時間			
ご相談内容・主訴・お困りの内容			

たかせCLを知った経緯	ケアマネ・地域包括・病院・薬局・本・講演会・テレビ・HP		
	知人()・たかせCL社員()・その他()		
紹介者欄			
事業所名	担当者名		
住所	〒		
電話	- -	FAX	- -

※診療状況により即時対応が出来ない場合がございますので、ご容赦下さい。