

在宅医療相談申込書

いのうえ在宅診療所

E-MAIL staff@inoue-zaitaku.com FAX 050-3730-0087

フリガナ			相談日	年	月	日
相談者氏名						
患者様とのご関係			TEL			
希望相談日						
相談内容						
患者様情報						
患者氏名				男	女	
現住所	〒			明大昭平		
	TEL			年	月	日 歳
介護度	無	申請中	要支援 1	2.	要介護 1	2 3 4 5
医療保険	1割	2割	3割	被保険者番号		
身体障害者	有	無				
治療中の病気と身体状況						
かかっている医療機関	(通院 入院中)					
過去の病気						
状況の認知	問題なし	少し助けが必要	かなり助けが必要	難しい		
困りごと 当院への希望						
生活自立度	正常	J1	J2	A1	A2	B1 B2 C1 C2
認知症自立後	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb IV M

家族状況

家族/後見人	氏名・(続柄)	年齢		住所/TEL
キーパーソン		歳	同居 別居	
		歳	同居 別居	
		歳	同居 別居	

特記事項

--