新規患者様　相談表

森のクリニック　行　　分かる範囲でご記入下さい。※印は、なるべくご記入下さい。

FAX：03-6715-7376

受付日：　　年　　月　　日

相談者のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　連絡先電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆患者

※お名前				男 ・ 女
※生年月日	明治・大正・昭和・平成	年　　月　　日　　歳		
※ご住所				
※電話番号	自宅		携帯など	
※現在の状況	自宅 ・ 施設 ・ 入院（　　）			
※病名、既往歴				
※ご相談内容・主訴・お困りの内容				
内服薬	残薬　　日分（残り日数）			

◆主介護者（キーパーソン）

お名前		続柄	同居・別居
ご住所			
電話番号	自宅	携帯など	

◆担当ケアマネージャー

事業所		担当者		
ご住所				
電話番号	TEL	FAX		
医療保険	1割 ・ 2割 ・ 3割	限度額申請：有・無	公費：有・無	
介護保険	無し・要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）・申請中・区分変更中			
介護保険サービス	無し・①訪問看護・②訪問介護・③デイサービス・④訪問入浴・⑤その他			

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							