

訪問診療の相談メモ

書いた日付	年 月 日()
◆ 患者さんの情報 ◆	
患者さんの名前	(男 ・ 女) (年齢: 歳)
// 住所	いわき市
// かかりつけ医	なし ・ あり (病医院/医師:)
// ケアマネジャー	なし ・ あり (施設/ケアマネ:)
// かかりつけ薬局	なし ・ あり (薬局:)
// 介護保険申請	不明 ・ 未申請 ・ 申請済 (いつ: 年 月ごろ)
// 要介護認定	支援1 ・ 支援2 ・ 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5
// 身体障害者手帳	なし ・ あり (種類:)
おもな相談内容	
●あなたの情報	【名前】 【住所】 【TEL番号】 (自宅) (携帯) 【患者さんとの関係(続柄)】

↓ FAX 0246-53-4389 小名浜生協病院附属せいきょうクリニック・受付行き

→ または、付属せいきょうクリニック受付までご持参ください。いわき市小名浜岡小名字山ノ神 40