

# 相談シート

恐れ入りますが、下記に必要事項を記入いただき、FAX もしくは E-mail にてご送付ください。内容確認してから、当クリニックより速やかにご連絡をさせていただきます。

## 当クリニック情報と担当者情報

クリニック名	: 湊川ファミリークリニック 〒652-0047 兵庫県神戸市兵庫区下沢通 3-1-25 グロウメディカルビル 5F
担当者名	乾 順子・ 馬 艶
E-mail	info@minatogawa-cl.com
電話番号	090-3974-3966
FAX	078-945-8995

連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話をしたい <input type="checkbox"/> 電話でお伝えします 月 日 時頃に( <input type="checkbox"/> ご来訪ください <input type="checkbox"/> 電話をください <input type="checkbox"/> 電話をします ) あるいは 月 日 時頃に( <input type="checkbox"/> ご来訪ください <input type="checkbox"/> 電話をください <input type="checkbox"/> 電話をします ) <input type="checkbox"/> 詳細な情報を FAX してください。
連絡事項	■緊急度:            3日以内            本日            大至急     ■理由  ■その他

# 患者様情報

フリガナ			性別	生年月日	
患者氏名	様		男・女	年	月 日生 ( 歳)
住所	〒 —				
患者様連絡先	( ) —				
医療受給者証	あり ・ なし ・ 不明	生活保護		あり ・ なし	
要介護認定	未認定 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5				
主病名					
現在の療養場所	在宅療養中 ・ 入院または入所中(施設名 :				退院予定日 )
医療要求度 (必要とされる医療行為)	・ 末梢点滴 ・ 中心静脈栄養 ・ 持続皮下注 ・ インスリン皮下注射 ・ 麻薬による疼痛管理 ・ 酸素投与 ・ 尿道留置カテーテル ・ 胃瘻 ・ 人工肛門管理 ・ 褥瘡 ・ その他 ( )				
ご家族様 (キーパーソン) 連絡先	フリガナ 氏名	続柄	同別居	住所	〒 —
			同居 ・ 別居	連絡先	( ) —
				日中連絡先 (携帯電話)	( ) —
当院からの今後の連絡先	<input type="checkbox"/> 患者様ご本人 <input type="checkbox"/> ご依頼者様 <input type="checkbox"/> その他連絡先 ※下記に詳細を記入。 お名前： ご住所： 連絡先： ( ) — 患者様とのご関係：				
当院へ提供可能な情報書類	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(2級以上のもの) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) 【医療減額証等】 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 限度額認定 <input type="checkbox"/> 一部負担金助成 <input type="checkbox"/> お薬情報(お薬手帳コピー) <input type="checkbox"/> その他 ( ) (可能であれば、上記情報書類は持参、またはコピーを当院へ FAX をお願いいたします。)				