

くまもと森都総合病院

〒862-8655熊本市中央区大江3-2-65

FAX 096-364-8585

TEL 096-364-9790(地域医療連携室)

【皮膚科訪問診療依頼書】

紹介元情報	貴医療機関名				
	貴医師名	先生 () 科)			
	担当者名	様 部署()			
	連絡先	電話番号	() -	FAX	() -

患者様情報

フリガナ				
患者様氏名	(男・女)			
生年月日	M・T・S・H	年	月	日()歳
ご住所				
ご連絡先	TEL()-	-	FAX()-	-
介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)			
認知症生活自立度	I・II・IIIa・IIIb・IV			

患者様保険情報等

保険区分 ※	被保険者番号	記号番号	限度額認定 ※
社保(本人・家族) 国保(本人・家族) 生保・その他()			有 ・ 無
特定疾患(公費) ※ 非該当・該当()		※ 保険証、特定疾患及び限度額認定等の受給者証は、写しをご提供いただく必要がございます。 当日ご準備いただきますようお願いいたします。	

交通費に関しまして

交通費が別途発生いたします。患者様にご請求させていただきますので、予めご了承くださいませよう、お願い申し上げます。(患者様へもご説明をお願いいたします)	了承する・了承しない
--	------------

訪問による診療が必要な理由

--

病状

※別紙添付可
