

記載日	年 月 日
-----	-------

新規受付問い合わせ票

相談された方	フリガナ		職種		事業所	
	お名前			連絡先		
利用者さん	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	お名前		男・女	歳	年 月 日	日生
	住所	※エリア確認のため丁目まで記載をお願いします			連絡先	
ご家族	KP キーパーソン	お名前		家族構成		
		続柄				
		連絡先				
	家族の特記事項					
医療情報	病名					
	現在のお薬					
	通院先 もしくは 入院先					
	訪問診療介入の経緯					
保険証/受給者証 【】内のいずれか ○してください	医療保険		【国保・社保・後高齢・なし】		自己負担割合	割負担
					限度額区分	
	介護保険		【申請中・区分変更中・なし】		自己負担割合	割負担
			担当ケアマネさん		事業所	
	公費負担		【障害・特定疾患・生保・その他・なし】		自己負担 上限額	割負担
			生活保護の場合	担当者		
			連絡先			
特記事項 利用者さん・家族の希望、 社会的背景、注意点など						