ぶどうの木なべしまクリニック在宅訪問診療　申込書

　　　**（ふりがな）**

**＊患者様のご氏名**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

**＊患者様のご住所**：〒

**＊お電話番号**：

* ＜在宅訪問診療のご案内＞を確認、同意しました。

ぶどうの木なべしまクリニック在宅訪問診療を申し込みます。

　　　**（ふりがな）**

◎**申込者のご署名**　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　月　　日

**◎患者様との続柄（患者様からみて）：**

**◎申込者のご住所：**〒

 **①氏名**　　　　　　　　　　**続柄** 　 　　**②氏名**　　　　　　　　　　　**続柄**

**◎ご連絡先：①TEL　　　　　　　　　　　　　　　②TEL**

＊緊急時には、携帯電話にもかけさせていただきますので、ご記入を必ずお願いします。

**メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　 　@**

**※診療費請求先のお宛名**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　**ご住所**：〒

(クリニック記入欄)

**＊介護支援事業所**・**ケアマネージャー**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**様**・**介護度**

**＊診療開始日：**　　　　　　　　**＊支払い方法：口座引き落とし・窓口支払い**

**＊在宅酸素：あり　　　　　　　・なし　＊訪問先：　　　　　　　　　　　　＊薬局：**

**＊訪問看護：**