

## 同行訪問コンサルテーション用紙

ご希望の同行者	
ご依頼施設	
ご担当者	
施設連絡先	TEL FAX
	メールアドレス
担当往診医・かかりつけ医	
患者名	フリガナ 氏名 年齢( )歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ
病名・登録日	病名 (病名登録日) 年 月 日
訪問宅 住所	〒  TEL
保険種類	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> その他( )
備考	<input type="checkbox"/> 当院受診歴あり <input type="checkbox"/> 当院受診歴なし (診察券ID )
訪問希望日 第1希望	年 月 日( ) 時頃
訪問希望日 第2希望	年 月 日( ) 時頃

必要事項をご記入の上、【様式2】【様式3】を下記までFAXにてご送付ください。

桐生厚生総合病院 地域医療連携室 同行訪問相談担当

TEL:0277-44-7150 (直通) / FAX:0277-20-8174 (直通)

桐生厚生総合病院