

事前相談 兼 申込シート

共通情報	相談日	20 年 月 日		担当者：	
	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	氏名（利用児童）			年齢	歳 ヶ月（ 年生）
				相談者	（続柄）
	住所	〒 -			TEL（自宅）
				TEL（携帯）	（ ）
				FAX	（ ）
相談内容					
訪問看護	主治医	医療機関：			主治医への確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
		主治医：（ ）科 先生			次回受診予定：
	診断名				
	保険区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護			
	小児慢性特定疾病 医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 【疾患名】			
	医療証	<input type="checkbox"/> 子ども医療証 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療証 <input type="checkbox"/> 障がい者医療証			
	他訪看ステーション の利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ステーション名【 】			職種 NS・PT・OT・ST
希望日（曜日・日時） 職種等	有の場合：サービス内容 【 】				
保育所等 訪問支援 ・ 児童発達 支援	<input type="checkbox"/> 相談希望 <input type="checkbox"/> 申込希望		受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 見学（体験）希望 （希望日： 月 日）		身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 有（ 種 級） ・ <input type="checkbox"/> 無	
			療育手帳	<input type="checkbox"/> 有（ A ・ B ） ・ <input type="checkbox"/> 無	
相談支援員	事業所：				
	氏名：				
利用サービス 保育園や学校 （曜日・時間） （クラス・担任）					
事業所 記載欄					

【株式会社 メディケア・リハビリ】

〒553-0006 大阪市福島区吉野4丁目10-22 吉野Tビル2階

PARCふくしま

メディケア・リハビリ訪問看護ステーション

（サテライト福島）

TEL：06-6450-8126

TEL：06-6450-8124

FAX：06-6450-8128

FAX：06-6450-8128

E-mail：f-parc@medi-care.co.jp

