

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
		主治医：（ ）科 先生			□未 □済
	診断名				
	保険区分	□国保 □社保 □生活保護			
	小児慢性特定疾病 医療受給者証	□有 □無 □申請中 【疾患名】			
	医療証	□子ども医療証 □ひとり親家庭医療証 □障がい者医療証			
	他訪看ステーション の利用	□有 □無 ステーション名【 】			職種
	有の場合：サービス内容【 】			NS・PT・OT・ST	
希望日（曜日・日時） 職種等					
保育所等 訪問支援	□相談希望 □申込希望		受給者証	□有 □無	
	□見学（体験）希望 （希望日： 月 日）		身体障がい者手帳	□有（ 種 級） ・ □無	
			療育手帳	□有（ A ・ B ） ・ □無	
児童発達 支援	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

