

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【 】				
有の場合：サービス内容 【 】			職種 NS・PT・OT・ST			
希望日（曜日・日時） 職種等						
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		
事業所 記載欄	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）					

【株式会社 メディケア・リハビリ】

〒577-0809 大阪府大東市永和1丁目23-27 3階

PARCひがしおおさか

TEL：06-4306-4957

FAX：06-4306-4958

E-mail：h-parc@medi-care.co.jp



メディケア・リハビリ訪問看護ステーション

東大阪

TEL：06-4306-4956

FAX：06-4306-4958

