

**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：（ ）科 先生			主治医への確認 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 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	
	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】**

〒610-0121 京都府城陽市寺田樋尻18-6

PARCじょうよう

メディケア・リハビリ訪問看護ステーション

TEL：0774-74-8586

TEL：0774-74-8086

FAX：0774-74-8087

FAX：0774-74-8087

E-mail：parc-joyo@medi-care.co.jp

