

**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	生年月日	
	氏名		女	年齢	年 月 日
				相談者	歳
	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	
	診断名				□未 □済 次回受診予定：
	保険区分	□国保 □社保 □生活保護			
	自立支援受給者証	□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			
	希望日 (曜日・日時) 職種等				
事業所 記載欄					

**【株式会社 メディケア・リハビリ】**

こころの訪問看護ステーション メディケア・リハビリ

事業所番号： 2762090815

〒558-0002 大阪府大阪市住吉区長居西3-3-1 オレンジカウンティ II 2階206

TEL:06-6654-3068

FAX：06-6654-3069

