# 訪問診療相談・申込用紙

| | |
|---|---|
| 申し込み日時 | 西暦　　年　　月　　日 |
| 申込者氏名 | 氏名　　患者との関係（　　） |
| ①申込者の連絡先電話番号 | |
| 患者名 | 氏名　　男・女 |
| 患者生年月日 | 西暦　　年　　月　　日生まれ |
| 患者住所 | |
| ②患者連絡先電話番号 | |
| 病状（病名） | |
| 健友会から折り返しの電話連絡をします。どちらに連絡したらよいか〇をつけてください | ①申込者の連絡先電話番号　②患者連絡先電話番号 |
| その他　ご要望等 | |

**＊申し込み用紙送信先　FAX03-5942-8505　/　✉k_zaitaku@kenyu-kai.or.jp**

**＊健友会担当者からの折り返しのご連絡はFAX受信後、下記時間帯となります**
**月～金（祝日除く）9:００～１６:３０　　土（祝日除く）9：00～12：00**

健友会在宅総合サポートセンター