

池田病院 訪問診療 申込書

申込者氏名		(本人との関係)	
連絡先			
電話番号			

申込日 年 月 日

ふりがな		昭和・平成・令和
氏名	様 (男 ・ 女)	年 月 日 歳
住所	(自宅、施設、他) TEL ()	
家族構成	(主介護者： 連絡先)	
かかりつけ医	紹介状 (有・無)	
病 症 名		
保険証の種類	国保 ・ 社保 ・ 社保家族 ・ 生保	
各種医療証 <small>障害者証・特定疾患医療</small>		
定期薬		
装着・使用医療機器 等		
アレルギー		
予防接種		
その他		

社会医療法人 童仁会 池田病院
〒890-0046 鹿児島市西田3丁目10-20
TEL : 099-252-8333 FAX : 099-254-1166

医師判断	可	否
------	---	---