i宛先　岡田医院　在宅医療部　行　ＦＡＸ：０３‐６７１２‐０３８７

新規訪問診療　問い合わせ票

相談日	平成　　年　　月　　日（　　）				
利用者	氏名	ふりがな	男・女	生年月日※	
	住所	〒		電話番号	

相談者※	氏名	
	職種	
	事業所名	
	電話番号	

・太枠内の※は、必須項目でお願いします。

・住所につきましては、訪問エリアの確認をしますので、町名の丁目までは必須でお願いします。

◆疾病名及び症状

◆既往症及び家族歴

◆現在の処方

◆その他

わかる範囲でご記入頂ければ結構です。

岡田医院　在宅医療部　ＦＡＸ：03-6712-0387（電話：03-6712-0388）