通院支援サービス 依頼票

利用日時　　月　　日　　曜日
　　時　　分　～　　時　　分　　約　　時間

利用者氏名　　様　　男・女　身長　　cm　体重　　kg

◇介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3以上
◇認知症	無し	軽度	重度		
◇歩行レベル	独歩	杖歩行	車いす	ストレッチャー	
◇トイレ介助	不要	一部介助	半介助	全介助	
◇意思疎通	可	多少困難	困難		
◇お金のやり取り	可		不可		
※機材レンタル	不要	車いす	ストレッチャー		

出発地　　TEL　　－　　－
住所

↕

受診先　　**初診・再診** TEL　　－　　－
住所

連絡先　携帯番号

利用者氏名	TEL	－	－
家族氏名・続柄	TEL	－	－
緊急連絡先	TEL	－	－
担当ケアマネ氏名	TEL	－	－

記入者氏名	TEL	－	－
施設・事業所名	TEL	－	－

☆ご準備いただくもの
現金・診察券・健康保険証・介護保険証・おくすり手帳・予約券・親の受診手帳など

①受診時の症状・受診内容・検査の予約時間など

②医師への確認事項（聞きたい事・確認したい事など）

kaigo@heartlink.jp　　LINE　　FAX 078-202-6062