

新規ご利用者様申込書

おわかりになる所をご記入の上、下記FAX番号までご返信下さい。

東京アメニティサービス 行

事業所名：

FAX： 03-5627-3732

ご担当者様名：

様

電話：

Fax：

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	M T S	年 月 日	歳
住所	〒			電話番号	自宅 携帯	
家族状況	氏名	続柄	ご連絡先		同居有無	備考
					有・無	
					有・無	
病名 症状						
主訴			ご家族様の 要望等			
掛かり付け医院 (同意書を依頼する予定の医院)					次回診察 予定日	月 日
保険 種類	後期高齢 1割・3割 : 国保 1割・3割 健保協会・組合 () その他 ()		マル障 受給者証	有・ 無	⑨の方 負担割合 0割・1割 (80137..負担なし 80136..1割)	
同意書の 取得方法	通院時に記載してもらう・往診時に記載してもらう・その他()					
生活保護	無・有 担当ケースワーカー様名 第 課 ()					
初回面接のご連絡	ケアマネジャー様より 弊社担当者より その他 ()					
備考						