

デイケア見学申込書

年 月 日

医療法人田中クリニック デイケアのぞみ宛

この度、下記患者様の「デイケアのぞみ」への見学を希望いたします。

太枠の中をご記入ください

ふりがな 氏名	(歳)	性別	男・女
診断名			
デイケア 通所希望 いずれかに○を つけて下さい	①通院先は変更せず、デイケアのみ利用 ②通院先も含めたデイケア利用 ③その他 ()		
その他、注意事項ありましたらご記入ください。			
医療機関（通院先） 住所：〒 名称： (主治医：) (印)			

※なお、正式に通所を決定された場合はデイケア担当医の診察をうけていただきます。
その際に、診療情報提供書が必要になりますのでご用意下さい。

デイケア のぞみ スタッフ 記入欄	診療情報提供書 有・無
----------------------------	-------------