

《 問 診 票 》

FAX番号:03-5301-0362

記入日 年 月 日

※分かる範囲でお書きください。

フリガナ 氏 名	女 男	生年月日 明・大・昭・平	年	月	日(歳)
住所 〒	-				
TEL	()				
現在は	※番号に○をしてください。				
	1.ご自宅 (一人暮らし・ _____ と同居)				
	2.入院中 (病院名 _____)				
	3.施設ご入居中 (施設名 _____)				
介護保険 使用中の介護サービス ※○で囲んで下さい。	使用なし・要支援・要介護 1・2・3・4・5 訪問リハビリ・訪問介護(ヘルパー)・訪問看護・訪問入浴 ショートステイ・デイサービス・その他(_____)				
現在の症状・状態・既往					
かかりつけの病院					
現在服用中の薬					
患者様にかかわる方の情報					
1.ご家族 (お名前 _____) (TEL _____) (ご住所 _____)					
2.ケアマネージャー (事業所名 _____) (担当者名 _____) (TEL _____)					
3.その他 (名称・担当者名 _____) (TEL _____)					
その他のご要望、疑問点などがあればお書きください。					
記入者氏名	ご連絡先 _____				