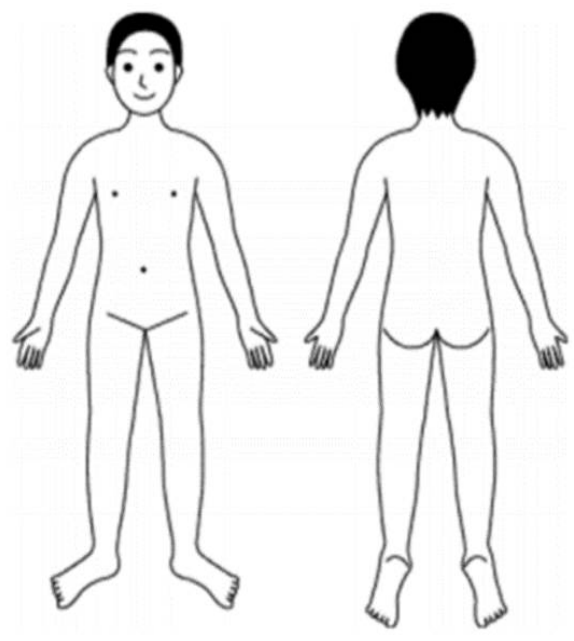


フリガナ			生年月日	年	月	日
お名前			年齢	歳	性別	男・女
ご住所	〒 - 施設名 ()					
	駐車場の有無	あり・なし		※往診に何う車を停める場所です		
電話番号	自宅		介護度	要支援 1・2		
	携帯電話			要介護 1・2・3・4・5		
緊急連絡先	名前	(続柄:) 同居・別居				
	連絡先	連絡希望時間 ()				
かかりつけ	医療機関名			主治医		
	病名					
	処方薬	服薬がある方はお薬手帳のコピーを添付してください				
既往歴	アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎 糖尿病 高血圧 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 その他 ()					
居宅介護支援事務所	事業所名			連絡先		
	担当ケアマネージャー					
当日の同伴者	続柄:					

● いつからですか?
(月 日 から)まえから

● 症状があるのはどこですか?

● どのような症状ですか?



● 治療はしましたか?

① 保険証、公費受給者証のコピー
② 診療情報提供書 (ある場合) を必ず添付してください