

訪問診療ご依頼表

ご依頼日： 平成 年 日

フリガナ お名前	男・女			※あてはまるものに○をつけてください				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	主訴	
ご家族のお名前	続柄()			痛み あり / なし				
住所	電話番号			腫れ あり / なし				
駐車スペース	有・無	携帯番号			義歯 上 / 下 / 両方 / なし			
担当ケアマネジャー	事業所名			義歯作成 / 義歯調整 / 歯・歯肉の痛み / 出血				
	連絡先			嚥下相談(リハビリ等) / 口臭 / 口腔ケア				
かかりつけ医院名	主治医			その他()				
保険証	国保/社保/後期高齢/生活保護/障害認定()級			病歴				
保険負担割合	割			脳梗塞 / 脳出血 / クモ膜下 / パーキンソン				
介護保険証	有 / 無	介護負担割合			リウマチ / 心不全 / 心筋梗塞 / 腎不全 / 肺気腫			
認定区分	要介護 (1. 2. 3. 4. 5) 要支援 (1. 2) 申請中			糖尿病 / 高血圧 / 骨粗しょう症				
ご予定表	(訪問不可、デイサービス等曜日毎にご記入をお願いします)							
	月	火	水	木	金	土	日	
午前								
午後								
服薬 あり / なし ありの方は下に薬名をご記入ください								
〔 〕								
アレルギー あり / なし ありの方は下に詳細をご記入ください								
〔 〕								

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

備考(ご本人様の状態や注意点、気になる事等ございましたらご記入ください)