

# 訪問診療ご依頼表

ご依頼日： 平成 年 日

<p>フリガナ お名前 <span style="float: right;">男・女</span></p> <p>生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)</p> <p>ご家族のお名前 <span style="float: right;">続柄( )</span></p> <p>住所 <span style="float: right;">電話番号</span></p> <p>駐車スペース 有・無 <span style="float: right;">携帯番号</span></p> <p>担当ケアマネジャー <span style="float: right;">事業所名 連絡先</span></p> <p>かかりつけ医院名 <span style="float: right;">主治医</span></p> <p>保険証 国保/社保/後期高齢/生活保護/障害認定( )級</p> <p>保険負担割合 割</p> <p>介護保険証 有 / 無 <span style="float: right;">介護保険負担割合 割</span></p> <p>認定区分 要介護 (1. 2. 3. 4. 5) 要支援 (1. 2) 申請中</p> <p>ご予約表 (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)</p>	<p style="text-align: center;">※あてはまるものに○をつけてください</p> <p>主訴 痛み あり / なし</p> <p>腫れ あり / なし</p> <p>義歯 上 / 下 / 両方 / なし</p> <p>義歯作成 / 義歯調整 / 歯・歯肉の痛み / 出血</p> <p>嚥下相談(リハビリ等) / 口臭 / 口腔ケア</p> <p>その他( )</p> <p>病歴 脳梗塞 / 脳出血 / クモ膜下 / パーキンソン</p> <p>リウマチ / 心不全 / 心筋梗塞 / 腎不全 / 肺気腫</p> <p>糖尿病 / 高血圧 / 骨粗しょう症</p> <p>認知症 あり( 重度・軽症 ) / なし</p> <p>感染症 あり( ) / なし</p> <p>その他( )</p> <p>服薬 あり / なし ありの方は下に薬名をご記入ください</p> <p>( )</p> <p>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</p> <p>( )</p>
--	---

	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)