

訪問診療ご依頼表

ご依頼日： 令和 年 日

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