

患者様氏名			往診申込票
生年月日	明治 大正 昭和	年	月 日
住所	〒		
電話番号			
介護保険	有 (要介護度) ・ 無		
保険証	老人 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他		
病気の経歴	有 ・ 無		
	肝臓 (肝炎 B 型 ・ C 型 ・ その他肝疾患) 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 認知症 ・ パーキンソン症 心臓 (心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 心内膜炎 ・ 弁膜症 ・ 不整脈 その他心疾患) 腎臓 () 透析 有 ・ 無 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 呼吸器疾患 () 骨そしょう症 (ビスホスホネート製剤 有 ・ 無) 悪性腫瘍 () 胃腸障害 () その他 ()		
お口の状態	総入れ歯 上 ・ 下 有 ・ 無 / 部分入れ歯 上 ・ 下 有 ・ 無 残存歯数 (本) 痛みの有 ・ 無 ある場合 (部位 :)		
往診希望日時	(ご都合の悪い日時)		
主訴	気になるところ / 往診希望の理由等		
担当ケアマネージャー	事業所名	様	
	TEL	FAX	
ご依頼者名	事業所名	紹介者名	
	在宅介護支援センター ・ 居宅介護センター ・ 訪問介護 ST ・ 病院		
申し込み者連絡先	TEL	FAX	

