

お手数ですが、下記項目にご記入の上、FAX にてご送信をお願いします。

[患者様の情報]

ふりがな			性別	電話番号		
患者氏名	様		男・女	患者様携帯： 患者様自宅：		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		日生まれ	ご年齢	歳	
住所	〒 ー 大阪市 区		建物名 / 施設名 ・ 部屋番号 号室			
駐車できる場所	☐ ご自宅 / 施設の敷地内（普通車可・軽自動車のみ） ☐ その他（ ） ☐ 不明					
保険証の種類	介護度： 要支援（１・２） 要介護（１・２・３・４・５）		通院困難なご事情	☐ 歩行困難 ☐ 高齢による体力低下		
	国保・社保・後期高齢者・生保・障害者			☐ その他（ ）		

[患者様の状態]

疾患・感染症	☐ 糖尿病※ ☐ 高血圧 ☐ 喘息 ☐ 心疾患（虚血性心疾患・不整脈・心不全） ☐ てんかん ☐ 脳疾患（脳血管障害） ☐ 甲状腺機能障害（低下症・亢進症） ☐ 副腎皮質機能不全 ☐ 慢性気管支炎 ☐ 慢性腎臓病（透析あり） ☐ 在宅酸素 ☐ その他（ ） 感染症：無し・不明・有り（ ） アレルギー：無し・不明・有り（ ）					
かかりつけ医・訪問医	☐ 有り ☐ 往診 ☐ 無し ↓ ※糖尿病の薬を処方している医療機関がある場合はここにご記入ください 医療機関名（ ） 主治医：（ ）					

[現在気になっているお口の症状]

痛み	☐ 無し ☐ 有り（歯・歯ぐき・入れ歯・その他 []）
症状	

[連絡先]

事業所	事業所名：		担当者名：	
	業種区分： ☐ 在宅介護支援センター ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問介護 ST			
	連絡先： TEL （ ） FAX （ ）		MCS 利用： 有り ・ 無し	
予約の連絡先 （複数選択可）	☐ ご家族 → 氏名：（続柄： ）		連絡先：	
	☐ 事業所 ☐ ご本人 ☐ その他（ ）			

[NGスケジュール（ご都合の悪い日程）]

訪問不可な 時間帯・理由 [記入例] 10:00 ↳ 訪問 11:00	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日	金曜日		土曜日	
	時刻	NG理由	時刻	NG理由	時刻	NG理由	休診日	時刻	NG理由	時刻	NG理由
	：		：		：			：		：	
	：		：		：			：		：	
	：		：		：			：		：	
	：		：		：			：		：	
	：		：		：			：		：	
	：		：		：			：		：	
	：		：		：			：		：	
	：		：		：			：		：	
	：		：		：			：		：	
その他 ご希望ご要望											

[フェイスシートもあれば一緒に送信をお願いします]

FAX



06-6551-9856