

問 診 票(確認用)

お名前: _____ 様(ふりがな: _____)
_____ 年 _____ 月 _____ 日記載 _____ 情報提供者: _____

【基本情報】 変更があるもののみ記載

住所:(〒 _____) _____

連絡先TEL:(固定) _____ (携帯/持ち主も) _____

職業施設: _____ TEL: _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

感染症: 不明・無・有 (_____)

アレルギー: 無・有 (_____)

歯磨き 本人:しない・する(一日: _____ 回 一回: _____ 分 使用器具: _____)

介助者:しない・する(一日: _____ 回 一回: _____ 分 使用器具: _____)

かかりつけの病院と主治医名

相談支援専門員(所属機関もお願いします)

【受診や治療へのご希望、気になること】

【そのほか、伝えておきたいこと】

例)入院された、治療があった