

Tel 072-683-6480

Fax 072-683-8211

医療保険証・介護保険証・介護負担割合証（その他保険証・障害保険など）申込時にFAXお願いします。
担当ケアマネージャー様がおられましたら、事前にケアマネ様にお伝えいただくとスムーズです。

記入日： 令和 年 月 日

受診者	フリガナ		性別	連絡先	() -
	氏名		男・女	電話	
	住所	〒			生年月日
訪問先	ご自宅・病院・施設 (階 号室)				

診療可能な曜日・時間	月	火	水	木	金	※考慮する時間あればご記入、 またはサービス計画書をご送付ください。
	AM	AM	AM	AM	AM	
	PM	PM	PM	PM	PM	
主訴（お困りごと・相談内容）						
現病歴	現在治療中のご病気			既往歴		過去にかかったご病気
感染症	なし・あり A・B・C 型肝炎 / その他 ()					
服薬状況（薬剤名）	お薬手帳・薬情のコピーでも構いません					禁忌
						アレルギー

キーパーソン (治療のご相談をさせていただく方)	氏名		受診者との関係		連絡先	繋がりやすい番号をお願いします () -	
保険種類	国保・社保本人・社保家族・後期高齢者・障害・生保・その他 ()						
介護保険	なし・あり (要支援 1・2) (要介護 1・2・3・4・5)					特定疾患助成金の申請	なし・あり
請求書送付先	氏名				続柄		
	住所	〒					
集金方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込（京都銀行） <input type="checkbox"/> 医院窓口に持参 <input type="checkbox"/> 本人集金（在宅のみ可） <input type="checkbox"/> 施設に集金						

ケアマネージャー	事業所名		氏名		連絡先	() -
かかりつけ医院	医院名		担当医	先生	連絡先	() -

肺炎の既往	なし・あり・繰り返しあり	経管栄養	ない・ある → 胃ろう・経鼻・その他				
食事形態	普通食・介護食（常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等）・非経口						
入れ歯の使用状況	あり（全部 / 部分） なし	口腔ケアの実施状況	自立・介助下・その他				

治療終了後、定期的な口腔ケアを希望されますか？	希望する	希望しない
-------------------------	------	-------