

西暦 年 月 日

送信先 FAX : 04-2946-9323

やましろ内科クリニック

ご記入後、FAX にてお送りください

(記入可能な所だけでも大丈夫です)

ご依頼主 名前

患者様との関係

所属

連絡先

患者様本人氏名

性別 男 女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

住所

電話番号

キーパーソン 1 氏名

続柄

連絡先

2 氏名

続柄

連絡先

【生活状況】 a 在宅 b 施設 () c 病院

【同居の有無】 a 単身 b 配偶者 c 子 ()

d 子の配偶者 e 親類

【介護保険】 未申請 申請中

要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5

【かかりつけ医】

a あり 医療機関名 医師名

b なし

【これまでの経過】

FAX 確認後、こちらからご連絡させて頂きます