

問診票

基本情報

※おわかりになる範囲で記入してください。

ふりがな 患者様氏	生年月日 年 月 日	歳 (男・女)
ご住所	電話番号	
キーパーソン 氏名	間柄	
ご住所	電話番号	携帯電話
ケアマネージャー名	事業所名	電話番号

患者様情報

介護度	未申請	申請済	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
障害認定 級	日常動作 <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド生活										
かかっている病院											
疾患名											
お困りのこと											



葛西
ホームケアクリニック
KASAI HOME CARE CLINIC

☎ 03-6808-7282
FAX 03-6800-6974

※ 電話は往診等で不在のことがあります。折り返しご連絡
いたしますので必ず留守電メッセージをお入れください。

〒134-0083 東京都江戸川区中葛西8-18-12-101

<https://www.kasai-hcc.com>
kasai.hcc@gmail.com

