

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	歳	(男・女)
	年	月	日
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 KASAI HOME CARE CLINIC
ホームケアクリニック

☎ 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>

info@kasai-hcc.com

