

患者様データ表

患者様名 _____ 様 (才) TEL _____

患者様住所 _____

施設名 _____ 在宅

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

患者様の状態 外出はできない デイケアや他医院に通院

既往歴 _____

主 訴

介護保険 (介護度)

駐車場 有り 無し (道路におけますか?)

初診日 月 日 午前 午後 時 分

メモ

地図 (宇 城) P

※交通状況により、予約時間は多少ずれることがあります。