

患者情報登録シート

		記入日	西暦	年	月	日
病 院 情 報	医療機関名					
	医師名					
	所在地	〒				
	電話番号	-	-			
患 者 情 報	ふりがな			性別	男 ・ 女	
	患者氏名					
	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	(才)
	住所	〒			自宅 ・ 施設	
	電話番号	-	-	携帯電話	- -	
	ふりがな			主たる介護者の 電話番号	①	- -
	主たる介護者	(関係)			②	- -
	訪問看護ステーション			電話番号	- -	
	介護支援事業所			電話番号	- -	
	既往歴					
	傷病名					
	要介護度	要支援 (1・2)		要介護 (1・2・3・4・5)		申請中 ・ 申請予定
アレルギー・禁忌	食物 ()		薬剤 ()			
経過及び所見						
直近の診療内容						