送付先 FAX　052-654-2155　　ご記入日：　　年　　月　　日

受診時連絡票（施設→病院）	施設名	
	電話番号	
	ご担当者	（部署：　　）

お名前	様（男・女）
生年月日	（明・大・昭・平）　年　月　日生れ（　　歳）
緊急連絡先 1	お名前：　　続柄： 電話（自宅）： 電話（携帯）：
緊急連絡先 2	お名前：　　続柄： 電話（自宅）： 電話（携帯）：
かかりつけ医 1	病医院名：　　ご担当医： 電話：
かかりつけ医 2	病医院名：　　ご担当医： 電話：
現病歴（現在も治療中）	
既往歴（過去に罹ったもの）	
手術歴	有（　　）・無・不明
服用中の薬剤（インスリン含む）	※薬紙やお薬手帳のコピーも可 （処方病医院名：　　）
アレルギー	有（薬剤名：　　、食物：　　）・無・不明
ADL 移動	自立・見守り・一部介助・全介助 ↳ 独歩・手引き・杖・歩行器・車椅子
ADL 食事	自立・見守り・一部介助・全介助 ↳ 常食・軟菜食・きざみ食・ペースト・経管栄養
ADL 排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 ↳ トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・留置カテーテル
認知症	有・無
要介護度	要支援 1・2　／　要介護 1・2・3・4・5

※その他、特記事項

当院受診歴（有・無）、診察券番号（　　）