

# 相武台病院 外来受診(入院) 問診票

相武台病院 地域医療連携室 宛

TEL : 046-256-5111

FAX : 046-256-5115

施設情報	施設名	
	ご担当者	様
	TEL	(       )
	FAX	(       )

ふりがな		保険証	介護保険
患者名	殿	後期 ・ 国保 ・ 生保	要支援(       )
		社保(本人) ・ 社保(扶養)	要介護(       )
生年月日	明・大・昭・平                      年                      月                      日	(       歳)	( 男・女 )

### ご家族情報

第一連絡先氏名	殿	続柄		TEL		
住所	都道 府県	市町 村郡				

本日はどうされましたか？ 症状は？ いつ頃からですか？ 思い当たる原因は？	バイタルチェック <small>(血圧・脈拍・体温・呼吸状態・意識レベルなど具体的に)</small>

これまでの主な病歴	現在のお薬 ※ご来院の際にはお薬手帳・残薬を必ずお持ちください。

かかりつけの医療機関名	病院・医院・クリニック
-------------	-------------

褥瘡	( 有 ・ 無 )	詳細(簡単で構いません)	
認知症	有 ・ 無	認知症の程度	問題行動の内容

特記事項	
------	--

～ご記入ありがとうございました。お手数ではありますが、FAXを送信後地域医療連携室までお電話ください。～