



くわた脳神経内科・在宅クリニック

## 在宅診療 事前確認票

記入日 年 月 日

### 《患者様》

フリガナ		生年月日	年	月	日 (満 歳)
お名前					
住所	〒				
連絡先					

### 《この用紙の記入者》

お名前		本人との関係	
連絡先			

### 《キーパーソン》

お名前		本人との関係	
連絡先			

### 《診療歴》

	病名	医療機関・診療科目	今後の通院継続
1			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
3			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
現在の療養の場	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
主介護者		家族構成	
同居者			
これまでの経過と現在の病状			

