

問 診 票

20 年 月 日

ふりがな							緊急連絡先(優先順に)		
氏名	(男・女)		①			続柄() 自宅・携帯・職場()			
特別な呼び名			②			続柄() 自宅・携帯・職場()			
生年月日	西暦	年	月	日(歳 カ月)	③			続柄() 自宅・携帯・職場()	
住所	〒								
来院方法	電車・車・タクシー・福祉タクシー・バス・徒歩・その他()				所要時間	時間 分			
家 族 構 成	名前		続柄	主介護者	年齢	同居・別居	職業(学校等)		
障害福祉サービス受給者証について					手帳について				
〈サービス種別〉		〈支給量〉			身体障害者手帳(有 ・ 無) 種 級				
短期入所 医療型 / 福祉型		日(一部日中のみの利用も可) (療養介護・重症心身障害児・遅延性障害児)			肢体不自由(上肢・下肢・体幹) 級				
児童発達支援事業		医療型児童発達支援 日			聴覚・平衡機能障害 級				
児童発達支援センター		日			音声機能・言語機能・咀嚼機能 級				
放課後等デイサービス		日			視覚障害 級				
居宅介護		身体: 時間	家事: 時間	通院: 時間	内部障害(心臓・腎臓・呼吸器・膀胱または直腸小腸・肝臓) 級				
重度訪問介護		時間	重度障害者等包括支援 単位		療育手帳(愛の手帳) 度				
同行援護		時間(通院 時間)	通学通所 時間						
行動援護		時間(通院 時間)	通学通所 時間						
移動支援		移動介護 時間	通学通所支援 時間						
日中一時支援事業		4時間未満(1/4日) 4時間以上8時間未満(2/4日) 8時間以上(3/4日) 日数換算 日							
日常生活用具給付		有()・無							
〈フリー欄〉					身長・体重 測定日をご記入ください				
					身長: cm (/)				
					体重: kg (/)				
					担当Ns:				

***緊急時対応病院とは、救急搬送できる病院を示します。**

関連機関と連絡先			
機関名	電話	利用頻度	フリー欄
◎緊急時対応病院		診療科・担当医師名	
〈かかりつけ医〉		診療科・受診頻度・受診内容	
〈訪問医〉		頻度：週 回 曜日：	
〈薬局〉			
〈医療機器の業者〉			
〈訪問看護ステーション〉		目的：入浴 リハビリ 状態観察 回数：週 回	
		目的：入浴 リハビリ 状態観察 回数：週 回	
		目的：入浴 リハビリ 状態観察 回数：週 回	
〈ヘルプーステーション〉 (担当：)		医療ｸﾞ：可 不可 目的：入浴・食事介助・移動支援・家事援助 回数：週 回	
(担当：)		医療ｸﾞ：可 不可 目的：入浴・食事介助・移動支援・家事援助 回数：週 回	
(担当：)		医療ｸﾞ：可 不可 目的：入浴・食事介助・移動支援・家事援助 回数：週 回	
〈訪問入浴〉		回数：週 回 曜日：	
〈保健所・行政〉			
〈相談支援事業所〉			
〈短期入所〉		頻度：月 回 日数：	
〈通園・通所・学校〉		通学(送迎あり 送迎なし)/ 訪問 回数：週 回	
〈その他(ボランティア等)〉			
〈フリー欄〉			