

令和 年 月 日

所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	
	要介護認定	自立 ・ 要支援 ・ 要介護度 (1 2 3 4 5)	
認知症度 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
寝たきり度 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		

病名・既往歴	嗜好 薬剤アレルギー
現病歴	
現症	

- 1 必要がある場合は、続紙に記載して添付すること。
- 2 必要がある場合は、検査の記録等を添付すること。

