

# <<FAX依頼書>>

申し込み日 年 月 日

氏名						性別	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					歳			
住所	(〒 - )					駐車場 有 無			
電話番号	- -		FAX番号		- -				
キーパーソン	氏名		連絡先						
主訴	部位 ( 歯・歯ぐき・入れ歯・ ) 痛み ( 有・無 ) 口腔ケアをしてほしい 嚥下評価・リハビリをしてほしい								
	脳卒中 ( 麻痺 ) 認知症 ( ) 心疾患 呼吸器疾患 消化器疾患 感染症 無・有 ( )								
病歴	身長		cm	体重		kg	血圧		・体温
	栄養摂取 ( 経口・胃瘻・IVH・ )								
内服薬									
他科受診	主治医								
要介護度 ( )  サービス状況	連絡先		月	火	水	木	金	土	
	ディ								
	入浴								
	訪問看護								
	リハ								
	ヘルパー								
依頼者	様 患者様との関係								
	連絡先 tel		fax				施設名		