

年 月 日

患者情報登録シート(1)

埼玉県在宅医療提供体制充実支援事業

医療機関名	行田市在宅医療支援センター		
医師名	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所 / 病院 <input type="checkbox"/> その他医療機関		
所在地	〒		
電話番号			
ふりがな 利用者氏名		性別 男 ・ 女	
生年月日		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	
電話番号		施設名:	
住 所	〒		
主たる介護者		主たる介護者の連絡先	住所 TEL
傷病名		訪問看護ステーション	
		電話番号	
		介護支援事業所	
		電話番号	
家族歴及び既往歴	アレルギー・禁忌		
経過及び所見			
直近の診療内容			