患者基本情報・問診票　　記入日

フリガナ		性　別
氏　　名		
生年月日	□大正　□昭和　　年　　月　　日　　歳	

キーパーソン		続柄		連絡先　：

本票・サマリー（フェースシート等患者情報のわかるもの）薬剤情報のFAXをお願い致します。

①　症状

いつから	どのような症状

②　現在のバイタルをご記入下さい

血圧　　/　　脈拍数　　回

SpO2　　%　　酸素投与　□有　　L　□無

呼吸数　　回　　体温　　℃

通常時のADL	自立	一部介助	全介助

医療法人ゆかり　たかまえ病院　　FAX：027-362-9799