

# 介護予防・生活支援サービス事業 問診票

氏名 \_\_\_\_\_

\* 太枠の中を記入してください

① 現在、治療中の病気 過去に治療した病気	
② 現在、飲んでいる薬	
③ 医師などによる制限	
④ 緊急時の連絡先	氏名 (続柄)
	住所
	電話
⑤ その他	