

相談日(西暦): _____ 年 _____ 月 _____ 日

◇患者様 情報シート◇

差し支えない範囲でご記入のうえ、FAX(088-678-5734)でお送りください。

お急ぎの場合や、5 営業日以内に返信がない場合は、お電話にてお問い合わせください。

<ご依頼者について>

ご関係: ご本人 ・ ご家族 ・ 事業所等 (名称: _____)

フリガナ

氏名: _____ 様 TEL: _____ FAX: _____

診療希望理由: _____

<患者様について>

フリガナ

氏名: _____ 様 (男・女) 生年月日(西暦): _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所: 〒 _____

居住形態: 独居 ・ 同居 ・ 施設 (名称: _____)

主な介護者 (氏名: _____ ご関係: _____ [同居/別居] TEL: _____)

第一連絡先 (氏名: _____ ご関係: _____ [同居/別居] TEL: _____)

かかりつけ医療機関: _____

主病名 ・ 既往歴: _____

介護保険: 無 ・ 申請中 ・ 有 (要支援 ・ 要介護 _____ / 区分変更中)

ADL: 自立 ・ 介助歩行 ・ 立位保持可 ・ 寝たきり

医療処置【該当するものに○を囲んでください】

経管栄養 (経鼻・胃瘻・腸瘻)、点滴 (末梢・CV ポート [有・無])、カテーテル(_____)

人工肛門、吸引 (_____ 回/日)、在宅酸素 (デバイス: _____ 、 _____ L/min)、人工呼吸器

その他(_____)

訪問看護: _____ 居宅介護: _____

ACP やご希望等: _____

あおばホームケアクリニック

TEL:088-678-5733 FAX:088-678-5734