

相談日(西暦)： 年 月 日

## ◇患者様 情報シート◇

差し支えの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