

あげお在宅医療クリニック（訪問診療・訪問看護・両方）相談・情報収集用紙

年 月 日

	ご依頼者様情報	お名前	連絡先			
		所属機関() 職種: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> Nr <input type="checkbox"/> 他()				
患者情報	患者氏名	読み方			男・女	
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日 歳	
	住所	〒				
	電話	自宅()		携帯()		
	病名	#1		#2		
		#3		#4		
	医療管理	<input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> 人工肛門又は人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他				
	ADL面	全体的に <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	認知面	全体的に <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 時々問題行動あり <input type="checkbox"/> 常時問題行動あり				
	介護保険情報	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		
		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (/) <input type="checkbox"/> 更新・再申請中				
		保険番号【 】 被保険者番号【 】 有効期限【 】				
		居宅介護支援事業所【 】 CM【 】 <input type="checkbox"/> 未定				
導入中サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所サービス【 】					
	訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有りの場合の依頼先【 】					
現在の生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅 【かかりつけ医: 担当医師: 】					
	<input type="checkbox"/> 入院中【 病院 科 担当医師: 】退院日 /					
キーパーソン情報	キーパーソン	ふりがな			関係・続柄:	
		お名前:			日中仕事: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	住所	〒				
	ご連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他【 】				
	その他協力者	ふりがな			関係・続柄:	
お名前:			日中仕事: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
ご連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他【 】					
その他	紹介状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 依頼済み (/) <input type="checkbox"/> その他【 】				
	保険情報	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保 負担割合: <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
		保険者番号:		被保険者番号:		
	公費負担	<input type="checkbox"/> 身障【 級】 <input type="checkbox"/> 特定疾患【 】 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生保				
生保の場合	【 福祉事務所】 担当者:【 】					
追記事項記載(家族構成など)						
緊急度		<input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 状態安定 <input type="checkbox"/> 退院後				