

| 初診患者さま受付用紙   |   | クリニック使用欄                         | ケアマネ 訪看 訪薬 |      |              |
|--|---|----------------------------------|------------|------|--------------|
| ※受付日 年 月 日 ※受付者  |   | ケアマネ:                            | 訪看:        |      |              |
| 当院では訪問診療を円滑に開始するため下記の記入をお願いしております。わかる範囲でご記入いただけましたらFAX・メールでご返信ください |   |                                  |            |      |              |
| ①患者さまの情報   | ふりがな  |                                  |            |      |              |
|  | 氏名:   | (明・大・昭・平・令)<br>男・女 生年月日: 年 月 日 歳 |            |      |              |
|  | 住所〒   |                                  |            |      |              |
|  | 電話:   | 携帯:                              | (続柄 )      |      |              |
| ②相談される方<br>(キーパーソン)の情報   | 氏名:   | 続柄:                              | 連絡先:       |      |              |
|  | 住所〒   |                                  |            |      |              |
| ③紹介者の情報  | 事業所(病院名):   |                                  |            |      |              |
|  | 氏名:   | 電話:                              |            |      |              |
| ④初回訪問希望  | <input type="checkbox"/> 至急(1週間以内)・ <input type="checkbox"/> 調整可(いつ頃まで待機可能か?: 年 月 日頃)   |                                  |            |      |              |
| ⑤入院歴(過去1年間)  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( 病院 年 月 日退院)   |                                  |            |      |              |
| ⑥現在の居場所  | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所中(施設名: ) <input type="checkbox"/> その他  |                                  |            |      |              |
|  | <input type="checkbox"/> 入院中(病院名: )   |                                  |            |      |              |
|  | ( 入院日: 年 月 日 ~ 年 月 日 )  |                                  |            |      |              |
| ⑦紹介状   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手配済み(入手予定日 / ) <input type="checkbox"/> その他( )   |                                  |            |      |              |
|  | 紹介状元:   |                                  |            |      |              |
| ⑧病名  | 発症  | かかりつけ病院                          | 担当医        | 受診頻度 | 治療内容、現在の受診状況 |
|  | #1  | 年 月                              |            | 科 Dr |              |
|  | #2  | 年 月                              |            | 科 Dr |              |
|  | #3  | 年 月                              |            | 科 Dr |              |
|  | #4  | 年 月                              |            | 科 Dr |              |
| ⑨依頼内容・経過   | □別紙参照(別紙添付してください)   |                                  |            |      |              |
|  |   |                                  |            |      |              |
| ⑩医療処置  | <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・経鼻チューブ) <input type="checkbox"/> 尿道バルン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> なし |                                  |            |      |              |
|  | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・点滴 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 医療用麻薬 <input type="checkbox"/> その他( )  |                                  |            |      |              |
| ⑪現在のADL  | 身体: <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 座位がとれる                                      |                                  |            |      |              |
|  | 会話(意思疎通): <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話可能 <input type="checkbox"/> 困難  |                                  |            |      |              |
|  | <input type="checkbox"/> 食事量 水分量 内容<br><input type="checkbox"/> その他   |                                  |            |      |              |

※できるだけすべての項目を記入して頂きますようお願いいたします。

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| ⑫症状コントロール   | <input type="checkbox"/> 痛みあり(部位や程度: _____)<br><input type="checkbox"/> 痛みなし<br>症状: <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> せん妄・不穏 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> だるさ<br>: <input type="checkbox"/> その他<br>麻薬: <input type="checkbox"/> 経口・坐剤麻薬 <input type="checkbox"/> 経皮麻薬 <input type="checkbox"/> 麻薬持続皮下注<br>: <input type="checkbox"/> その他 |  |  |
| ⑬処方内容   | <input type="checkbox"/> 別紙参照(別紙添付してください) <input type="checkbox"/> 残薬あり( _____ / _____ 迄あり)<br>内容:   |  |  |
| ⑭本人への病名告知   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※可能ならば確認: 予後告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(特記事項: _____)  |  |  |
| ⑮家族の理解度<br>(病状/訪問診療)  | 本人: <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 理解していない 家族: <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 理解していない  |  |  |
| ⑯看取り希望  | 本人(自宅・病院・未定) 家族(自宅・病院・未定)  |  |  |
| ⑰家族構成   | <b>家族図</b> (同居家族は○で囲む)   | <b>介護者(KP):</b><br><input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 娘( _____ ) <input type="checkbox"/> 息子( _____ )<br><input type="checkbox"/> その他( _____ )<br>同居家族以外のサポート |  |
| ⑱介護保険状況   | <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 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・変更手続き中   | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新・変更手続き中   |  |
|   | 居宅介護事業所名( _____ ) ケアマネ( _____ ) <input type="checkbox"/> 未定  |  |  |
| ケアマネ連絡先   | 〒 _____  | TEL : _____<br>FAX : _____   |  |
| ⑲公費負担   | <input type="checkbox"/> 身障手帳( _____ )級 <input type="checkbox"/> 療育手帳( _____ ) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療証 <input type="checkbox"/> なし   |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 小慢 / 特定疾患 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合 _____ 割負担   |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 一般 負担割合: _____ 割負担   |  |  |
| ⑳現在利用されているサービス又は退院後利用予定されているサービス  | <input type="checkbox"/> 訪問看護( _____ )頻度: _____  | <input type="checkbox"/> 訪問リハ( _____ )頻度: _____  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 訪問看護24H対応 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可   | <input type="checkbox"/> 通所( _____ )頻度: _____  |  |
|   | <input type="checkbox"/> ヘルパー( _____ )頻度: _____  | <input type="checkbox"/> レスパイト入院( _____ )頻度: _____   |  |
|   | <input type="checkbox"/> ショートステイ( _____ )頻度: _____   | <input type="checkbox"/> その他   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 調整中   | <input type="checkbox"/> 利用していない   |  |
| ㉑週間サービス予定   | 月( _____ / _____ )火( _____ / _____ )水( _____ / _____ )木( _____ / _____ )<br>金( _____ / _____ )土( _____ / _____ )日( _____ / _____ ) (午前/午後) <input type="checkbox"/> 不定期  |  |  |
| ㉒社会的留意点   | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老々介護 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 経済的問題 <input type="checkbox"/> ひとり親<br><input type="checkbox"/> 虐待疑い <input type="checkbox"/> 親の持病 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> なし   |  |  |
| ㉓駐車場  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 停める場所: _____   |  |  |
| ㉔請求書送付先住所   | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( _____ )  |  |  |
| ㉕訪問先住所  | <input type="checkbox"/> 自宅(①の住所)<br><input type="checkbox"/> その他 〒 _____<br>TEL : ( _____ )- _____  |  |  |
| ㉖その他特記事項  | <br><br><br>   |  |  |
| ㉗退院予定日時   | _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時  |  |  |
| ㉘初診確定日時※  | _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時 _____ 分   |  |  |
| ※はクリニック記入欄です 宛先 <b>くわた在宅クリニック</b> TEL:0742-93-9323 FAX:0742-93-9324<br>メール:kuwata.z@kuwatazaitaku.com |  |  |  |

※できるだけすべての項目を記入して頂きますようお願いいたします。