【新患依頼用紙】20200101 版　　双泉会クリニックえどがわ行　　FAX ０３-６６３８-８３１１

ご依頼者様情報		所　属：	連絡先：
		お名前：	職種：□CM □MSW □Nrs □Dr □他（　　）
患者情報	氏　名	漢字：	よみがな：
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	年　齢　　歳　性　別　男・女
	住　所	〒	
	連絡先	自宅：	携帯：
	病　名	＃１	＃３
		＃２	＃４
	癌の場合	病名告知：□無　□本人　□家族　余命告知：□無　□本人　□家族　余命：　　ヶ月　麻薬使用：無・有　痛み：無・有	
	認知症	□無　□有（周辺症状：　　）	意思疎通：□できる　□ややできる　□できない
	ＡＤＬ	移動：□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	入浴：□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
		排泄：□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	更衣：□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
		食事：□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	整容：□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	身体状況	麻痺：□無　□左上肢　□右上肢　□左下肢　□右下肢	障害：□無　□視力　□聴力　□言語
	特殊医療	□無　□HOT　□胃瘻　□IVH　□気切　□バルン　□心 PM　□ストマ　□インスリン　□褥瘡　□他（　　）	
	現在の生活状況	□自宅（かかりつけ医：　　担当医師：　　）	
		□入院（　　病院　　科　担当医師：　　）　退院日（　　/　　）	
	紹介状	□無　□有　□手配済（　　/　　入手予定）	残薬　□無　□有（　　/　　まで）
保険情報	医療保険	種別：□社保　□国保　□後期高齢	負担割合：□１割　□２割　□３割
	公費負担	□マル障　□特定疾患（　　）　□自立支援医療	
		□生保（福祉事務所：　　課　　係　担当：　　電話：　　）	
	介護保険	□要支援１・２　□要介護１・２・３・４・５　□未申請　□申請中（　　/　　）	
		事務所名：　　担当名：　　電話：　　FAX：	
	利用中のサービス	□訪問看護（　　）　□訪問リハ（　　）	
		□訪問介護　□訪問入浴　□訪問リハ　□通所サービス	
キーパーソン情報	キーパーソン	ふりがな 氏名：	続柄：　日中仕事：□有（帰宅　　：　　）□無
	住所	〒	
	連絡先	自宅：	携帯：
	その他連絡先	ふりがな 氏名：	続柄：　日中仕事：□有（帰宅　　：　　）□無
	連絡先	自宅：	携帯：

【追記事項】経過、家族背景、訪問診療に望むこと、留意事項等ご記入ください	【家族構成】氏名、続柄、住所等ご記入ください