

福岡みなと在宅医療クリニック 新規診療申込シート

※ご記入はわかる範囲のみで構いません

★ご連絡先★ 氏名：		所属：		電話番号：		
フリガナ				生年月日		
患者氏名				(歳)		
住所				電話番号		
医療保険	割	介護保険	介護度：	負担割合：	割	
家族構成	続柄	氏名	連絡先	家族構成図		
KPに○						
相談内容						
かかりつけ医			入院中	入院日：	退院予定日：	
			通院中	頻度：	最終通院日：	
病名			既往歴・アレルギー歴・家族歴			
症状や経過			病状説明	本人：済・未		
				家族：済・未		
			予後			
			看取り	自宅・施設・病院・ホスピス・未定		
医療行為						
経管栄養（胃ろう・経鼻） 高カロリー輸液 気管切開 人工呼吸器 在宅酸素（ L/分） 吸引（ 時間に 回程度） 膀胱留置カテーテル（ Fr、交換頻度 ） ストマ 褥瘡（部位： 、処置内容： ） 点滴/注射（ ） その他（ ）						
	事業所		連絡先	担当	サービス日程	
ケアマネジャー				CM	月	
訪問看護				Ns	火	
<ADL>			注意点等、 あればご記入 ください	水		
移動	自立	一部介助		全介助	歩行器・車いす・ベッド上	木
食事	自立	一部介助		全介助	常食・とろみ・ペースト	金
排泄	自立	一部介助		全介助	Pトイレ・リハパン・オムツ	土
入浴	自立	一部介助		全介助	ヘルパー・訪問入浴・デイ	日
認知症	なし	軽度		重度		

ご記入ありがとうございました。**FAX (092-791-4870)**をお願いします。

FAX到着受付後、速やかに担当者よりお電話いたします。（受付時間 平日9:00～17:00）