

新患相談シート

受付日 年 月 日 受付者

患者情報	フリガナ	
	氏名:	男・女 生年月日: M・T・S・H 年 月 日 歳
	住所:	
	電話:	
相談者情報	氏名:	<input type="checkbox"/> 続柄または所属先()
	連絡先:	←こちらからお電話させていただきます。必ず、ご記入ください。
病名	医療機関名	担当医
#1		科 Dr
#2		科 Dr
#3		科 Dr
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 医療機関名 : <input type="checkbox"/> その他 ()	
相談内容		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 認知症高齢者の日常生活自立度 (I II III IV M) 周辺症状:	
現在のADL	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 伝え歩き <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 座位がとれる <input type="checkbox"/> 急激な体調の変化や本人が訴える苦痛はあるか？(食事が摂れない、熱がある、痛みがあるなど) 具体的な症状:	
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 手配中 (入手予定日 /)	
対応の緊急度	<input type="checkbox"/> 24時間以内 <input type="checkbox"/> 2~3日以内 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間以内	
医療処置	<input type="checkbox"/> バルン(最終交換日 /) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・経鼻) <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> IVH・ポート <input type="checkbox"/> 人工呼吸器・気切 <input type="checkbox"/> 褥瘡または創処置 <input type="checkbox"/> その他	
介護保険	要介護 1・2 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 居宅介護支援事業所: ケアマネ:	
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 (割負担) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	
公費負担	<input type="checkbox"/> 身障手帳()級 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生活保護	
家族背景	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老々介護 <input type="checkbox"/> 日中独居 キーパーソン: 家族構成: 主介護者: 協力者:	
サービス利用 (利用曜日)	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> その他 () () () () * 訪問診療を避けてほしい曜日や時間 :	
送付先	医療法人社団弘人会 中田病院 訪問診療部 TEL: 0480-53-4194 (直通) FAX: 0480-53-4195	