

正確な情報を把握するため、ご相談またはお申込の際はわかる範囲で下記へのご記入にご協力をお願いします。  
(診療情報提供書やサマリー等を提出いただく場合、それらに記載されている項目については空欄で結構です。)

令和 年 月 日

● 患者ご本人の情報

フリガナ	年齢	性別	介護認定	介護度
お名前	歳	男・女	有・無・申請中	支・介(1・2・3・4・5)
住所	〒		電話番号	

● 依頼者(ご本人以外の場合のみ記入)

お名前	依頼経緯	<input type="checkbox"/> [CM・訪看・主治医]の勧め
TEL		<input type="checkbox"/> [本人・家族]の希望 <input type="checkbox"/> [その他( )]

● ケアマネージャー(利用中の場合のみ記入)

事業所
お名前
TEL

● 訪問看護(利用中の場合のみ記入)

利用状況	<input type="checkbox"/> 利用中(下記に記載ください)	<input type="checkbox"/> 利用していない
事業所		
TEL		

● 通院中または入院中の医療機関

医療機関名	( 科 先生)
退院予定日(入院中の場合)	月 日( ) 未定の場合( 頃)
【病名】	<b>【問題点・前段階準備】</b> ※チェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養【胃ろう】 <input type="checkbox"/> 気道管理【吸引・気管切開】 <input type="checkbox"/> 排泄【オムツ・尿カテ・ポータブル】 <input type="checkbox"/> 皮膚・褥そう <input type="checkbox"/> その他
【経緯・状況】	
【家族構成】 配偶者 有 ・ 無 子 有 ・ 無 ( )人	
【ご本人・ご家族の要望】	
【診療情報提供書】 有 ・ 無 → 有の場合は本シート提出の際に添付をお願いします	

● その他 連絡事項等ありましたらご記入下さい

--