

◎訪問診療・往診 患者様情報シート

年 月 日

当クリニックでは訪問診療を円滑に開始するために下記の内容についてご記入をお願いしております。  
分かる範囲でのご記入を頂きましたら、FAXあるいは郵送にてご返信ください。ケアプラン、フェイ  
スシート、サマリー等、直近の情報もございましたら、合わせてご送付願います。

依頼者様	事業所名 ( ) 職種 ( ) ・ ご家族
	担当者名 ( ) TEL ( )
依頼経緯	[ ケアマネ ・ 訪看 ・ 主治医 ]の勧め or [ 本人 ・ 家族 ]の希望
	状況

患者様氏名	カナ	性別 男 女	生年月日	年 月 日
	様		年齢	歳
			独居 ・ ご家族と同居	
介護認定	有・無・申請中・区分変更中	介護度	支援・介護 (1・2・3・4・5)	
訪問先住所	〒 TEL ( )			
建物	戸建 ・ 集合住宅 ( 階 号室) エレベーター 有・無			
駐車スペース	無 ・ 有 場所(集合駐車スペース・自宅横等)⇒[ ]			
緊急連絡先	①氏名	男・女	続柄 ( )	同居 ・ 別居
	住所	TEL		
	②氏名	男・女	続柄 ( )	同居 ・ 別居
	住所	TEL		
家族情報 (ペット等)			ペットの有無 (※)	有 ・ 無 (種類: )
キーパーソン	氏名 :	続柄 :		
	TEL :			
現在の かかりつけ医	医療機関名 :	科	先生	
退院予定日	(入院中の場合) 月 日 ( ) AM・PM 未定の場合 [来週中・今月中・ 頃]			
診療情報提供書	有 ・ 無			

既往・現病	[病名]	【問題点・前段階準備】 ↓チェックを入れてください <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 [胃婁] <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・褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	[経緯・状況]							
	[ご本人・ご家族の要望]							
生活歴 性格 関心事など	※フェイスシートで代用可							
服薬	一包化 ・ 粉碎 ・ その他 ( )							
導入予定のサービス	訪看 ・ デイ ・ 訪問入浴 ・ ヘルパー ・ 訪問リハビリ							
現在のサービス(※)	訪看・デイ・訪問入浴・ヘルパー・訪問リハビリ						【後方連携】 定期・他科受診など予定も含め記入下さい。	
	月	火	水	木	金	土		日
AM								
PM								
医療保険 情報(※)	保険証番号： _____ 負担割合： _____ 割 番号： _____ 記号： _____ 社会保険 ・ 国保 ・ 後期高齢者 / 家族 ・ 本人 有効期限 ( )							
公費の有無 (※)	生活保護 ・ 医療費助成 ・ 障害者手帳 ・ 限度額適用認定証 (お持ちのものに○)							
手帳(※)	身体障害者手帳	有・無		訪問看護 支援事業所名				
	精神障害者保健福祉手帳	有・無		居宅介護 支援事業所名				
	指定難病手帳	有・無						

※マークの欄は必ずご記入下さい。不明の場合は、分かる方に聞いて頂き、どうしても不明な場合のみ、空欄にしてください。