

新規受付シート

記入日

ほしの在宅ケアクリニック宛 FAX:047-711-5111

記入者

初回お問い合わせ日			
①患者情報	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		
	電話		緊急連絡先
②相談者	医療機関：	医療連携室：	
	居宅支援事業所：	担当：	
③病名	1	医療機関：	
	2	医療機関：	
	3	医療機関：	
	その他：		
④現在住居	自宅 入院中 (病院 退院予定：)		
⑤緊急性の有無	緊急性： あり ・ なし		
依頼内容 当院に期待すること			
⑥現在の状態	痛み/苦痛：	なし ・ あり	
	保清：	自立 ・ 軽介助 ・ 全介助	
	排泄：	自立 ・ 軽介助 ・ 全介助	
	ADL：	自立 ・ 軽介助 ・ 全介助	
	栄養：	自立 ・ 軽介助 ・ 全介助	
	痛みの程度	その他	
	最終入浴		
	最終排便		
	歩行状況		
	食形態		
⑦医療処置	なし 経管栄養（経鼻/胃ろう） 在宅酸素（ L/分） 吸引 バルン ストマ インスリン 点滴（中心静脈栄養・末梢点滴・PCA） 褥瘡 気管切開・人工呼吸器 その他（ ） 必要物品（ ）		

⑧家族背景	独居・同居（ 人暮らし）	
	※キーパーソン	
	TEL:	携帯:
⑨医療情報	後期高齢・国保・社保 限度額適応認定証 難病手帳 身障手帳 重心医療受給者証 生活保護 その他（ ）	
⑩介護情報	申請中 要支援/介護 1・2・3・4・5 区分変更中	
⑪負担割合	1割・2割・3割 経済的背景:	
⑫訪問看護利用	なし・あり（事業所: ） 頻度:	
⑬利用薬局	なし・あり（薬局: ）	訪問薬剤指導 なし・あり
⑭サービス 利用状況	ヘルパー（事業所: ）	利用曜日:)
	デイサービス（事業所: ）	利用曜日:)
	訪問入浴（事業所: ）	利用曜日:)
	ショートステイ（事業所: ）	利用曜日:)
	福祉用具（事業所: ）	貸与用具:)
	その他:	
⑮退院前カンファ 担当者会議	なし・あり（日程: 場所:)	