

FAX : 0859-36-0274

## 新規患者依頼票

在宅医療・緩和ケア



まつなみ 医院

## 【依頼者情報】

|            |        |
|------------|--------|
| 医療機関・事業所名： |        |
| 部署名：       | ご担当者名： |
| 連絡先：〈TEL〉  | 〈FAX〉  |

## 【患者情報】 ※記載可能な範囲でご記入お願いいたします。

記入日： 年 月 日

|                |  |    |        |
|----------------|--|----|--------|
| ふりがな           |  | 性別 | 男・女    |
| 氏名             |  |    |        |
| 生年月日           | 年  | 月  | 日 ( 歳) |
| 住所             | 〒<br>駐車場：あり なし   |    |        |
| 連絡先            |  |    |        |
| 居住形態           | 独居 ・ 家族と同居 ・ 施設住所 ( )  |    |        |
| 病名             |  |    |        |
| 現在の医療処置        | 在宅酸素・胃瘻・尿カテーテル・インスリン注射・点滴・CVポート・PICC<br>その他 ( ) ・ なし                 |    |        |
| 要介護度<br>負担割合   | 要支援 ( 1・2 ) ・ 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) ・ 申請中 ・ 未申請<br>介護保険負担割合 ( 1割・2割・3割 ) |    |        |
| 寝たきり度          | 歩行可 ・ 杖歩行 ・ 車いすに移乗可 ・ 介助で車いす ・ 寝たきり                                  |    |        |
| 認知自立度          | 自立 ・ 年齢相応 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度  |    |        |
| 現在利用中の<br>サービス | 訪問看護 (訪問リハビリ) ・ 訪問介護 ・ デイサービス ・ 訪問入浴<br>利用している曜日・時間 ( )              |    |        |

|        |      |  |    |  |
|--------|------|--|----|--|
| キーパーソン | ふりがな |  | 続柄 |  |
|        | 氏名   |  |    |  |
|        | 住所   |  |    |  |
|        | 連絡先  |  |    |  |

自由記載 (ご希望や経緯など)

|                |     |                        |      |     |
|----------------|-----|------------------------|------|-----|
| 担当ケアマネージャー     | 有・無 | 事業所名：                  | 担当者： |     |
| 診療情報提供書 (紹介状)  | 有・無 | 主治医依頼中・これから依頼・かかりつけ医なし |      |     |
| 保険等情報          | 公費  | 有・無                    | 生活保護 | 有・無 |
| 退院日時           | 退院日 |                        | 時間   |     |
| 退院前カンファレンス候補日時 | 候補日 |                        | 時間   |     |

## 【当院記入欄】

○受付日： 年 月 日

○受付：