訪問診療受付用紙

（※分かる範囲でご記入ください）　　記入日　　年　　月　　日

ふりがな 氏　名		男・女 生年月日（大・昭　　年　　月　　日　　才）	
住所	〒		
電話番号			
連絡先氏名①	（続柄）	電話番号	
	住所		
連絡先氏名②	（続柄）	電話番号	
	住所		
訪問先	□自宅　□施設（　　）		家族構成
現在の居場所	□自宅　□施設 □入院中（　　）		
初回訪問希望日	□至急（1 週間以内） □調整可（ご希望日　　月　　日頃）		
ケアマネ		電話番号	
訪看		電話番号	
薬局		電話番号	
介護保険 健康保険	要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５　　□手続中　□未申請　□不明		
	□介護保険負担割合（　　割負担）　　□健康保険負担割合（　　割負担）		
公費負担	□身体障害者手帳　　級　　□重度障害者医療費助成　　□生保		
病名			
紹介医（病院）			
現在の ADL	歩行	□自立　□杖歩行　□車いす　□寝たきり	
	会話	□問題なく可能　□簡単な意思疎通は可能　□意思疎通は困難	
	排泄	□自立　□おむつ　□失禁有	
	食事・水分の摂取状況	□経口からむせなく摂取　□とろみ・きざみ食摂取 □経口摂取困難（□胃瘻　□中心静脈点滴　□末梢点滴）	
現在利用しているサービス			
障害高齢者の日常生活自立度	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立　□Ⅰ　□Ⅱa □Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M		
その他	□尿道留置カテーテル　□在宅酸素　□人工呼吸管理　□その他（　　）		

TATSUKI
HOME CLINIC

たつき在宅クリニック
〒982−0036
仙台市太白区富沢南１−１６−５
TEL:022−354-8786　FAX:022−354-8789