

# 訪問診療 相談 ・ 申込

《患者情報》

和 年 月 日

ふりがな 氏名			男 ・ 女
住所	〒 — 新潟市 区		生年月日 昭 年 月
連絡先	自宅 — —	携帯 — —	
現在の状況	自宅 施設 入院中 ( 病院) 退院予定 その他		
主治医	病院・クリニック 科 先生		
病名			
病状・経緯 いつ頃から 手術歴 通院状況など			
医療処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう・経鼻栄養） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法		
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中   要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2   要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
担当ケアマネジャー	いない ・ 事業所名 担当		
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他		
日常生活動作	食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助		移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす
	排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> オムツ		
療養上の心配・不安 聞きたいこと・要望			
《相談者・主介護者（キーパーソン）》			
氏名			<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー
連絡先	☎ — —		同居 ・ 別居
	繋がりやすい時間帯：（ いつでも良い ・ 時頃 ～ 時頃）		

※記入できるところのみで結構です。こちらから、折り返しご連絡させていただきます。

齋藤内科クリニック FAX : 025-287-6688