患者基本情報登録用紙

依頼日　　年　　月　　日

フリガナ 患者氏名	男・女		生年月日	年　月　日(　歳)
			身長体重	身長：　cm / 体重　kg
住所	〒		自宅電話	
			携帯電話	
保険情報	国保・後期・社保・生保 / 身障・難病(　)　1割・2割・3割			
介護度	未申請・申請中・取得(要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5)			
緊急 連絡先	フリガナ	続柄	住所	
			連絡先	
現状	独居・高齢者世帯・同居(　)			
紹介先	病院名(　)・ケアマネ・地域包括・個人・当院受診者・その他			
診療情報	有(医療機関名：　)・無			
既往歴	病名			
	①		⑤	
	②		⑥	
	③		⑦	
	④		⑧	
訪問看護	未介入・介入中・依頼済　名称：　日時：　曜日　時 ～ 時			
訪問リハ	未介入・介入中・依頼済　名称：　日時：　曜日　時 ～ 時			
通所リハ	名称：　日時：　曜日　時 ～ 時			
ﾃﾞｰｻｰﾋﾞｽ	未介入・介入中・依頼済　名称：　日時：　曜日　時 ～ 時			
療養状態	在宅・入院・入所中：			
治療方針	在宅療養希望・看取り・ホスピス希望			
医療処置	尿道カテーテル(　Fr)・経管栄養(胃婁・胃管・腸瘻)・中心静脈栄養・ 気管切開・ストーマ・酸素療養・点滴・インスリン注・その他(　)			
認知症	有・無	現状：		
内服管理	自立・一部介助・全介助・一方化　薬局名：			
備考欄				
駐車場				
訪問看護	事業所：		担当：	電話：
ケアマネ	事業所：		担当：	電話：