

# へきなん中央クリニック 在宅医療部 患者様情報シート

年 月 日 相談日( / / )

患者氏名	(フリガナ) ----- -----		(生年月日)  年 月 日 歳		<input type="checkbox"/> 入院中の方 (病院名: _____) 入院期間 _____ 退院予定日 _____ 年 月 日 ~ 年 月 日		
	住所 〒 _____  TEL _____				<input type="checkbox"/> 自宅療養中の方 直近入院歴(1年以内) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (病院名: _____) 年 月 日 ~ 年 月 日		
緊急連絡先					家族構成		
緊急連絡先	1	(続柄) _____ TEL _____		キーパーソン ( ) → 仕事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	2	(続柄) _____ TEL _____					
	3	(続柄) _____ TEL _____					
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴 (薬剤: _____)				介護度 ( ) <input type="checkbox"/> 未 → 申請予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ----- <input type="checkbox"/> 新規申請中 (申請日 _____) ----- <input type="checkbox"/> 区変中 (申請日 _____) ----- ●ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ----- 事業所 ( ) 名前 ( ) 連絡先 ( )		
	<input type="checkbox"/> 注射 (薬剤: _____)						
	<input type="checkbox"/> 中心静脈 (薬剤: _____ ポンプ業者: _____)						
	<input type="checkbox"/> インスリン (薬剤: _____)						
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 ( )						
	<input type="checkbox"/> 喀痰 ( )						
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 ( )						
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル ( _____ Fr)						
	<input type="checkbox"/> 経鼻 ( _____ Fr)						
	<input type="checkbox"/> 胃瘻 (挿入日: / , _____ Fr)						
	<input type="checkbox"/> 気管切開 ( _____ Fr)						
	<input type="checkbox"/> 酸素 ( _____ L/日, 業者名: _____)						
	<input type="checkbox"/> 導尿 ( _____ Fr)						
	<input type="checkbox"/> 腹膜 ( )						
<input type="checkbox"/> その他 ( )							
感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ----- <input type="checkbox"/> MRSA: <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿		アレルギー		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ----- <input type="checkbox"/> 薬 ( ) <input type="checkbox"/> 食物 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> HVC						
	<input type="checkbox"/> その他 ( )						
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ----- <input type="checkbox"/> MRSA: <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿						
	<input type="checkbox"/> HVC						

※必要時、デバイス情報も記載をお願いします。

※診療情報提供書、薬剤情報、最新の血液データを添付して

当院在宅医療部まで FAXをお願いします。

在宅医療部 TEL: 0566-42-8118

FAX: 0566-42-8119