

笠井医院 新規申込書

電話：042-452-5056

FAX：042-452-5057

受付日 H . . . 受付者

相談者	患者との関係											
連絡先	— —											
ふりがな						生年月日	M・T・S	年	月	日		
患者氏名	(男・女) 年齢 歳											
患者住所	〒											
患者連絡先	— —					駐車場 有・無						
主たる介護者						続柄 ()	同居・別居					
介護者連絡先	— —											
介護保険認定	支	1	2	介	1	2	3	4	5	申請中	区変中	生保
現在利用中のサービス	利用なし 訪看： (曜日：) ヘルパー (曜日：) デイ (曜日：) 訪問入浴 (曜日：) リハ (曜日：)											
居宅事業所						連絡先	— —					
担当者												
主病名												
既往歴 (今までかかったことのある病気)												
依頼理由： <input type="checkbox"/> 通院困難 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 () <input type="checkbox"/> 通院 ()												
特殊医療： HOT 〇で使用 BT IVH ポート 気管カニューレ 褥瘡 胃瘻 点滴 人工肛門 その他 ()												
【経過・症状】 今までの状況、現在の状態・症状、痛みの有無、病状説明、 今後の過ごし方の希望など												
【食事・栄養・水分】 摂れている・摂れていない (いつ頃から～) ・自立・要介助 【排泄】 自立・介助・オムツを使っている 【移動】 自立・介助・車いす・寝たきり 【希望】 調整時期、処方薬の残数、曜日・時間												
情報提供書 有・無 カンファレンスの予定 無・有 (日時： 場所：) 初回訪問日 H 年 月 日 時間： 同席者：)												