

倉敷スイートホテル在宅医療ステーション 内科訪問診療 初回受付票

この度は、お問い合わせいただき、ありがとうございます。

下記の枠内に分かる範囲でご記入していただき、「**FAX : 086-463-6633**」へお送りください。

その際、**紹介状と保険証（写し）**併せて送付いただけると幸いです。

ご確認後、担当者から折り返しお電話いたします。

また、ご不明な点等ありましたら、お気軽にご連絡ください。

ご依頼日	令和 年 月 日	ご担当者	
貴施設名		ご連絡先	
かかりつけ医		かかりつけ薬局	

◆基本情報

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
氏名				
住所	〒	連絡先	① (続柄:)	
			② (続柄:)	
＜保険情報等＞			＜家族構成＞	
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 非課税 (区分:)			
医療公費	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 備考 ()			
障害福祉	<input type="checkbox"/> 手帳有 () <input type="checkbox"/> 手帳無			
主病名				◇Key
既往歴				＜薬剤等アレルギー＞ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
＜ADLの状況＞			＜備考＞	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			歩行補助具:
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養			内容等:
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> ストマ
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ()
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		認知症	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 不可			補足:
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 (L) <input type="checkbox"/> インスリン () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし			
＜経過・生活歴＞			＜他科診療状況＞ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓形成外科・皮膚科・泌尿器科・耳鼻咽喉科での診療希望あればご記入下さい。 専門科受診希望 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	
＜問題点・ニーズ＞			＜介護保険等サービス利用状況＞	
DNAR: 確認済み (R 年 /) ・ 未 要CPR: 搬送希望先 () ・ 特に希望なし			支払方法	<input type="checkbox"/> 引落 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> その他 ()