**受入患者情報シート　※下記太枠内を記載し、当院にFAXしてください（0547-38-7213）**

（　令和　　　　年　　　　月　　　　日　記入　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ID　名前 | 様 | （フリガナ）　　　　　　　　　　　　様 |
| 性別 | 男　・　女　　　（どちらかに○をつける） |
| 生年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日（　　　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　 |
| （訪問先の住所が異なる場合はこちらに記載） |
| 電話番号 |  |
| 家族構成 |  |
| キーパーソン① | 　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　　） |
| 住所・電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| キーパーソン② | 　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　　　） |
| 住所・電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元病院・医師 |  |
| ケアマネ | 　　　　TEL　　　　　　　　　FAX　 |
| 訪問看護 | 　　　　　　　　　　 　 　　TEL　 　　　　 　 FAX　 |
| 病名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　外来　・　入院中 |
| 患者の要望 |  |
| 処置 | 点滴（　無　・　有　） | ■末梢・皮下・IVH（内容：　　　　　　　　　　　　） |
| 酸素（　無　・　有　） | ■投与量：　　　　L（会社名：　　　　　　　　　　） |
| バルーン（　無　・　有　） | ■場所：　　　　　　大きさ：　　　　Fr※腎瘻・膀胱瘻の場合　バルン容量：　　　　 　ml |
| 胃瘻（　無　・　有　） | 最後に入れ替えした医療施設： |
| その他の処置（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 要支援・要介護 | 　要支援（　　　　）・要介護（　　　　）　・申請なし　　・申請中　　・区分変更中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 特記事項あれば記載して下さい |  |
| **----------------------------------------以下はクリニックで記入----------------------------------** |
| 退院前カンファ：　　　　　　　　　訪問前診察：　　　　　　　　　　初回訪問： |
| 薬局（訪問薬剤　　有　・無　） | TEL　　　　　　　　　FAX　 |
| 領収書・サイン書類の郵送の有無 |  |
| 交通費 |  |

おかにし内科 糖尿病・甲状腺クリニック