

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 バルーン容量: 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		