

患者様ご相談表

令和 年 月 日

ふりがな			生年月日			
患者様氏名			T・S	年	月 日	
ご住所	〒			性別	男・女	
電話番号				年齢	歳	
疾患名						
既往症						
症 状						
在宅療法 ※使用中のものに チェックしていただき、 分かる範囲でご記入お 願います。	膀胱留置カテーテル	サイズ	Fr	在宅酸素	L	
	人工呼吸器					
	気管切開	カニューレ	交換頻度	インスリン	1日 回	
	人工肛門					
経管栄養	*胃瘻・経鼻胃管	サイズ	Fr	中心静脈栄養	CVポート IVH	
*腎瘻						
点滴	末梢・カフティポンプ	PCAポンプ	その他 ()			
現在の病院	病院名				診療科	科
	通院	ヶ月	回			
	入院	年	月	日	～	年 月 日
主な介護者様氏名 (キーパーソン)				間柄		
ご住所	〒			同居・別居		
ご連絡先電話番号	ご自宅	携帯電話				
介護認定度	申請していない・申請中(申請日 月 日)					
	自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)					
医療健康保険	国民健康保険(70歳未満・前期高齢・後期高齢)・その他()					
障害認定	種別				認定級	級
ケアマネージャー	有・無	ケアマネージャー名				
事業所名				電話番号		
ご利用サービス	生活援助・身体介護・訪問介護・訪問リハビリ・訪問看護・デイサービス					
ご利用サービスの曜日・時間						
ご使用薬局名				ご紹介者名		
備考						

* ご相談、ご面談の患者様は事前に現在の病院からの診療情報提供書をご持参又はFAXをお願いいたします。

(現在の病院に診療情報提供書をご依頼される時には当院へのFAX送信も一緒にご依頼ください)

* 訪問診療に際し・健康保険証・限度額認定証・介護保険証のコピーをお願いいたします。

* 当院での胃瘻、腎瘻の交換は行なっておりません。

ファミリークリニック越谷 電話番号 048-972-5810

FAX番号 048-972-5610