

患者様ご相談表

令和 年 月 日

| | | | | |
|--|--|---------------------------------|-----------|------------------|
| ふりがな | | | ②生年月日 | |
| ①患者様お名前 | | | T・S | 年 月 日 |
| ③ご住所 | 〒 - | 都・道 府・県 | 市・町 ・村 | ④性別 男・女 |
| ⑤電話番号 | - | - | ⑥年齢 | 歳 |
| ⑦疾患名・病名 | 不明 : その他() | | | |
| ⑧既往症 | 不明 : その他() | | | |
| ⑨症状・お困りのこと | | | | |
| ⑩現在内服している薬 | なし : その他() | | | |
| ⑪在宅療法 ※わかる範囲で構いませんので、ご使用中のものにチェック、ご記入をお願いいたします。 | 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 () | |
| ⑫現在の病院 | 病院名 | なし : () | | 診療科 科 |
| | 通院 | ヶ月 回 | | |
| | 入院 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| ⑬主な介護者様氏名 (キーパーソン) | | | ⑭間柄 | |
| ⑮ご住所 | 〒 - | 都・道 府・県 | 市・町 ・村 | 同居・別居 |
| ⑮ご連絡先電話番号 | ご自宅 | | 携帯電話 | |
| ⑯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) | | | |
| ⑰医療健康保険 | 国民健康保険・後期高齢(1・2・3割)・社保 | | | |
| ⑱障害認定・難病・公費 | 種別 | 生活保護 自立支援 指定難病 重度心身 障害認定 限度額認定証 | 認定級 | 級 |
| ⑲ケアマネージャー | 有・無 | ⑳ケアマネージャーお名前 | | |
| ㉑事業所名 | | | ㉒電話番号 | - - |
| ㉓ご利用サービス | 訪問看護・訪問リハビリ・デイサービス・生活援助・身体介護・訪問介護・その他() | | | |
| ㉔ご利用サービスの曜日・時間 | 月・火・水・木・金 : ~ : | | | |
| ㉕ご利用薬局名 | | | ㉖ご紹介者名 | |
| ㉗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郵送又はFAXをお願いいたします(ない場合でも相談可能です)
 * 初回訪問の際、可能であれば・健康保険証・限度額認定証(各種公費認定証)・介護保険証のコピーをお願いいたします。
 * 在宅での胃瘻、腎瘻の交換は行なっておりません。
 * ご記入はお分かりになる範囲で構いません。