

# もりかわ在宅クリニック 患者様情報シート

記入日 月 日 相談日 月 日

患者氏名 (フリガナ) _____ _____	性別 ( 男 ・ 女 ) _____ (生年月日) 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> 入院中の方 病院名 ( _____ ) 入院期間 _____ 退院予定日 _____ 年 月 日 ~ 月 日
住所 〒 _____ TEL _____	<input type="checkbox"/> 自宅療養中の方 直近入院歴(1年以内) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 ( 病院名 _____ ) 年 月 日 ~ 月 日	
緊急連絡先 1 続柄 _____ TEL _____ 2 続柄 _____ TEL _____ 3 続柄 _____ TEL _____	家族構成 キーパーソン ( _____ ) → 仕事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
医療処置 <input type="checkbox"/> 点滴 ( 薬剤: _____ ) <input type="checkbox"/> 注射 ( 薬剤: _____ ) <input type="checkbox"/> 中心静脈 ( 薬剤: _____ ) <small>ポンプ業者</small> <input type="checkbox"/> インスリン ( 薬剤: _____ ) <input type="checkbox"/> 褥瘡 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 喀痰 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル ( _____ Fr ) <input type="checkbox"/> 経鼻 ( _____ Fr ) <input type="checkbox"/> 胃瘻 ( _____ Fr 挿入日 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 気管切開 ( _____ Fr ) <input type="checkbox"/> 酸素 ( _____ L/日 業者名: _____ ) <input type="checkbox"/> 導尿 ( _____ Fr ) <input type="checkbox"/> 腹膜 ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	介護保険 <input checked="" type="checkbox"/> 介護度 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 未 → 申請予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 新規申請中 ( 申請日 月 日 ) <input type="checkbox"/> 区変中 ( 申請日 月 日 ) <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 事業所 ( _____ ) 名前 ( _____ ) 連絡先 ( _____ )	訪問看護 事業所 ( _____ ) 連絡先 ( _____ ) FAX ( _____ ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 今後介入予定
感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> HVC <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薬 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 食物 ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	

※必要時、デバイス情報も記載をお願いします。

※診療情報提供書、薬剤情報、最新のデータを添付して  
 当院までFAXをお願いします。

TEL: 0566-66-8524

**FAX: 050-3172-6775**