

初診受付用紙		クリニック使用欄	ケアマネ	訪看	訪業
※受付日 年 月 日 ※受付者		ケアマネ:		訪看:	
当院では訪問診療を円滑に開始するため下記の記入をお願いしております。					
①患者さまの情報	ふりがな				
	(明・大・昭・平・令)				
	氏名: 男・女		生年月日: 年 月 日 歳		
②相談される方 (キーパーソン)の情報	住所 〒				
	電話:		携帯: (続柄 )		
	氏名:		続柄:	連絡先:	
③紹介者の情報	住所 〒				
	事業所(病院名):				
④初回訪問希望	氏名:				
	電話:				
⑤入院歴(過去1年間)	□至急(1週間以内)・□調整可(いつ頃まで待機可能か?): 月 日頃)				
⑥現在の居場所	□有 □無 ( 病院 年 月 日退院)				
	□自宅 □入所中(施設名: ) □その他				
	□入院中(病院名: ) ( 入院日: 年 月 日 ~ 年 月 日 )				
⑦紹介状	□有 □無 □手配済み(入手予定日 / ) □その他( ) 紹介状元:				
⑧病名	発症	かかりつけ病院	担当医	受診頻度	治療内容、現在の受診状況
	#1	年 月	科 Dr		
	#2	年 月	科 Dr		
	#3	年 月	科 Dr		
	#4	年 月	科 Dr		
⑨依頼内容・経過	□別紙参照(別紙添付してください)				
⑩医療処置	□在宅酸素 □気管切開 □経管栄養(胃瘻・経鼻チューブ) □尿道バルン □ストマ □インスリン □なし				
	□中心静脈栄養・点滴 □人工呼吸器 □医療用麻薬 □その他( )				
⑪現在のADL	身体: □寝たきり □車いす □伝い歩き □介助歩行 □独歩 □座位がとれる会話(意思疎通)				
	□可能 □簡単な会話可能 □困難				
	□食事量		水分量		内容
	□その他				

※できるだけすべての項目を記入して頂きますようお願いいたします。

⑫症状コントロール	□痛みあり(部位や程度: )				
	□痛みなし				
	症状: □不眠 □せん妄・不穏 □嘔気・嘔吐 □だるさ				
	: □その他麻薬: □経口・坐剤麻薬 □経皮麻薬				
	□麻薬持続皮下注				
	: □その他				

⑬処方内容	□別紙参照(別紙添付してください) □残薬あり( / 迄あり)内容:		
⑭本人への病名告知	□有 □無 ※可能ならば確認:予後告知 □有 □無(特記事項: )		
⑮家族の理解度(病状/訪問診療)	本人:□理解している □理解していない 家族:□理解している □理解していない		
⑯看取り希望	本人(自宅・病院・未定) 家族(自宅・病院・未定)		
⑰家族構成	家族図(同居家族は○で囲む)		介護者: □配偶者 □娘( ) □息子( ) □その他( )同居家族以外のサポート
⑱介護保険状況	要支援1・2	要介護1・2・3・4・5	□未申請 □申請中 □更新・変更手続き中
	居宅介護事業所名( ) ケアマネ( ) □未定		
ケアマネ連絡先	〒		TEL :  FAX :
⑲公費負担	□身障手帳( )級 □療育手帳( ) □生保 □重度障害者医療証 □なし		
	□小慢 / 特定疾患 ( ) □介護保険負担割合 割負担		
	□その他( ) □後期高齢者 □一般 負担割合: 割負担		
⑳現在利用されているサービス又は退院後利用予定されているサービス	□訪問看護( )頻度:		□訪問リハ( )頻度:
	□訪問看護 24H 対応 □可能 □不可		□通所( )頻度:
	□ヘルパー( )頻度:		□レスパイト入院( )頻度:
	□ショートステイ( )頻度:		□その他
	□調整中		□利用していない
㉑週間サービス予定	月( / )火( / )水( / )木( / )金( / )土( / )日( / )(午前/午後) □不定期		
㉒社会的留意点	□独居 □老々介護 □日中独居 □認知症 □障害 □経済的問題 □ひとり親 □虐待疑い □親の持病 □その他( ) □なし		
㉓駐車場	有・無	停める場所:	
㉔請求書送付先住所	□自宅 □その他( )		
㉕訪問先住所	□自宅(①の住所)		
	□その他 〒  TEL : ( )-		
㉖その他特記事項			
㉗退院予定日時	年	月	日 午前・午後 時
㉘初診確定日時※	年	月	日 曜日 時 分

※はクリニック記入欄です 宛先 神戸在宅診療クリニック  
メール: kobezeitaku202308@gmail.com

※できるだけ多くの情報を記入頂きますと診察にもスムーズに入ることが出来ますので、ご協力お願い致します