

彩り在宅クリニック 新規患者依頼（申込）書

（医療者用のため、わかる範囲でOKです）

依頼日：令和 年 月 日

依頼者名			
職種	CM・NS・MSW・家族・本人・その他（ ）		
所属			
TEL・FAX			

ふりがな		性別	生年月日	明治	大正	昭和	平成	令和
患者名		男 女		年	月	日	歳	
住所			TEL	①	②			

診断名 元のかかりつけ医 ※医療機関の場合、診療情報提供書を添付してください。	希望内容 <input type="checkbox"/> 緩和ケア(麻薬投与など) <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ドレナージ <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷治療 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・末梢輸液 <input type="checkbox"/> 経腸栄養（胃ろうなど） <input type="checkbox"/> 糖尿病治療 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 排泄管理（ストマ・留置カテ） その他：
---	---

現在の病状について（治療内容・予後・告知の有無など）

現在の療養状況

自宅療養			
通院中	病院名：	診療科	科
入院中	病院名：	診療科	科 退院予定日： 月 日頃
施設入所中	施設名：		

保険証確認方法	持参	自宅	FAX	公費や重心、難病指定の有無	有り	無し
介護認定	非該当	未申請	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	

ケアマネジャー	事業所：	担当者名：	TEL:
---------	------	-------	------

家族状況

氏名	続柄	別居・同居	TEL
		別・同	
		別・同	

週間予定 ※サービスを利用中の場合、曜日欄に○または時間を記入してください。

サービス名	月	火	水	木	金	土	日
訪問看護							
デイサービス							
介護（ヘルパー）							
その他							