

## 【倉敷スイートホスピタル 在宅医療ステーション 専門科 初回受付票】

この度は、お問い合わせいただき、ありがとうございます。

下記の必要書類を添付して「**FAX：086-463-6633**」へお送りください。

医療保険証 介護保険被保険者証 薬剤情報 診療情報提供書（有・無）

ご確認後、担当者から折り返しお電話いたします。

また、ご不明な点がございましたら、お気軽にご連絡ください。

令和 年 月 日

ご 依 頼 元	事業所名		ご連絡先	TEL： ご担当者：
	訪問先		かかりつけ 医	病院名： <input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療
	かかりつけ 薬局	薬局 店	薬局 連絡先	TEL： FAX：

基 本 情 報	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏名		男 / 女	大正・昭和 年 月 日	
	○主病名		○既往症		

A D L	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	障害高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
	食事	<input type="checkbox"/> 経口【 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助（ <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ソフト・きざみ・ペースト等）】 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> レビン）				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> ストマ）				
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
麻痺	<input type="checkbox"/> 有 【部位：右（上肢・下肢）・左（上肢・下肢）】 <input type="checkbox"/> 無					

受 診 科	<input type="checkbox"/> 形成外科	爪（爪白癬・巻爪・その他（ ）部位： 処置内容： 褥瘡の詳細（部位： 大きさ： 処置内容：
	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 乾燥肌 <input type="checkbox"/> 皮膚炎 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 粉瘤 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> その他 詳細：
	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	バルーン交換（使用物品： Fr / ワッサー ml / その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/> 耳（耳垢除去・難聴・その他）詳細： <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> めまい

そ の 他 情 報	主治医への確認 済・未	家族への確認 済・未
	※お支払い方法について：下記4点からお選びください。折り返し連絡時に、詳細含めてご確認させていただきます。 ①引落 ②振込 ③当院窓口払い ④施設立替 ↳ ①・②をお選びの方はご家族様の連絡先をご記入ください。こちらからご連絡いたします。 ご家族様連絡先（TEL： ）	

◇倉敷スイートホスピタル 在宅医療ステーション

お問い合わせ先：086-463-3777