

**【倉敷スイートホスピタル 在宅医療ステーション 内科訪問診療 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 ケアプラン 診療情報提供書 薬剤情報

ご確認後、担当者から折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 | 貴施設名       |      | ご連絡先          | TEL：<br>ご担当者： |
|      | かかりつけ薬局    | 薬局 店 | 薬局<br>連絡先     | TEL：<br>FAX：  |
|      | 担当ケアマネージャー |      | 居宅介護<br>支援事業所 | 事業所名：<br>TEL： |

|      |        |                      |       |             |    |
|------|--------|----------------------|-------|-------------|----|
| 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 |    |
|      | ご家族様情報 | ① (続柄： )<br>② (続柄： ) | 連絡先   | ①<br>②      |    |

|    |      |  |      |  |
|----|------|--|------|--|
| 病歴 | ○主病名 |  | ○既往症 |  |
|    | 現在状況 | <input type="checkbox"/> 自宅療養中 <input type="checkbox"/> 入院中 (入院先： ) 退院予定日： / /<br>施設入居予定日： |      |  |

|             |  |  |      |   |
|-------------|--|--|------|---|
| 保険          | 医療保険   | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 限度額 (区分： )   |      |   |
|             | 医療公費   | <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ( )   | 障害福祉 | <input type="checkbox"/> 手帳有 <input type="checkbox"/> 手帳無                               |
|             | 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  |      |   |
| A<br>D<br>L | 障害高齢者<br>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<br>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                               |      |   |
|             | 移動   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー )   |      |   |
|             | 排泄   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルン ( Fr ) <input type="checkbox"/> ストマ )   |      |   |
|             | 着替   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |      |   |
|             | 食事   | <input type="checkbox"/> 経口 【 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ソフト・きざみ・ペースト等 ) 】<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> レビン ) |      |   |
|             | 入浴   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   | 座位   | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可                                  |
|             | 整容   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   | 認知症  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                 |
|             | 起立   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 不可 |
|             | 医療処置   | <input type="checkbox"/> 酸素 ( L ) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 吸引 ( Fr ) <input type="checkbox"/> 点滴 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )   |      |   |
| 麻痺          | <input type="checkbox"/> あり 【部位：右(上肢・下肢)・左(上肢・下肢)】 <input type="checkbox"/> なし |  |      |   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <経過・生活歴>  |  | <家族構成>   |  |
|   |  | (キーパーソン： )   |  |
| <介護保険等サービス利用状況><br><input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所： )<br><input type="checkbox"/> 訪問リハビリ<br><input type="checkbox"/> その他 |  | <他科受診><br><input type="checkbox"/> あり ( )<br><input type="checkbox"/> なし<br><専門科受診希望><br><input type="checkbox"/> あり (形成外科 / 皮膚科 / 耳鼻科 / 泌尿器科 / 眼科)<br><input type="checkbox"/> なし |  |
| 薬剤アレルギー   | <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし  |  |  |
| 支払方法  | <input type="checkbox"/> 引落 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |