

# 【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:	ご担当者:
	訪問先	住所: TEL:	ご担当 ケアマネ	事業所名: 担当者氏名:	TEL:
	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	T・S・H 年 月 日	
	ご家族様 情報	① (続柄: ) ② (続柄: )	連絡先	① ②	

病歴	○主病名		○既往症	
	現在状況	<input type="checkbox"/> 既に入居 <input type="checkbox"/> 自宅療養中 <input type="checkbox"/> 入院中 (入院先: 退院予定日: / ) <input type="checkbox"/> 他施設入居中 (入居先: 退居予定日: / ) ※施設入居予定日: 月 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 <input type="checkbox"/> 申請中		
ADL	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		
	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 ) 】 <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>
<介護保険等サービス利用状況>	<他医療機関の受診>
<input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所: ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (事業所: 週 回/1日 分) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> あり (医療機関名: ) <input type="checkbox"/> なし <専門科受診希望> <input type="checkbox"/> あり (外科/皮膚科/耳鼻科/泌尿器科/眼科) <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 ( )
当院を知った きっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ちらし <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( )