

【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 ケアプラン

診療情報提供書（有・無） 薬剤情報

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	住所: TEL:	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	T・S・H 年 月 日	
	○主病名		○既往症		

ADL	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				
	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"/> 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 詳細：（ ）
	<input type="checkbox"/> 眼科	主訴 <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> ゴロゴロする <input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 欠けて見える <input type="checkbox"/> ゆがんで見える <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 眼の乾き <input type="checkbox"/> ものもらい <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他（ （ ） ） 受診歴 <input type="checkbox"/> いつ頃（ （ ） ） <input type="checkbox"/> どこの眼科（ （ ） ） <input type="checkbox"/> 言われた病名（ （ ） ） <input type="checkbox"/> 受けた手術（ （ ） ） <input type="checkbox"/> もらった目薬（ （ ） ） <input type="checkbox"/> 使用中の目薬（ （ ） ）

支払方法	<input type="checkbox"/> 引落 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 窓口支払（家族/施設） <input type="checkbox"/> 施設立替 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他（ （ ） ）
請求書郵送先	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 下記住所
ご家族様連絡先	氏名：（ ）（続柄）
	住所：〒
	電話番号：

当院を知った きっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <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（ （ ） ）
----------------	--