

患者情報シート

〔記入者〕	医療機関・事業所名 /所属部署名:
	氏名: _____ TEL: _____

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様		年 月 日 ()歳
訪問先住所	〒	TEL(固定電話)	

連絡先	①	ご家族氏名	様	続柄		TEL	
		ご家族住所	<input type="checkbox"/> 訪問先住所と同じ	←以外:			
	②	ご家族氏名	様	続柄		TEL	
		ご家族住所					

医療機関	紹介状 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 準備中
------	--

診断名/既往歴	
---------	--

医療的ケア	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---

保険	<input type="checkbox"/> 12生保 <input type="checkbox"/> 主保険 [<input type="checkbox"/> 国保 ・ <input type="checkbox"/> 社保] <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 前期高齢
医療証等	<input type="checkbox"/> 80重障害 <input type="checkbox"/> 81乳児 <input type="checkbox"/> 21精神 <input type="checkbox"/> 52小児慢性 <input type="checkbox"/> 54難病 <input type="checkbox"/> その他

介護認定区分	非該当	介護保険負担割合		障害支援区分	非該当
居宅介護支援事業者				相談支援事業者	
介護支援専門員	様			相談支援専門員	様
ADL	(移動: 食事: 排泄: 入浴:)				

各利用サービス事業者 / 学校名			
訪問看護		学校	
訪問リハビリ		ヘルパー	
訪問入浴		その他	

◆備考 (※ADL等、上記各欄に書ききれない詳細がございましたら、こちらにご記入ください)