|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日（　　　）　　　：　　　　-　　　　　　 |
| 患者情報シート | 記入者： |
| 御紹介先 |  |  |
| TEL: |

◆患者様情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日（ご年齢） |
| 患者氏名 |  | 様 | 男・女 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 訪問先住所 | 〒 | TEL: |
|  |

◆御家族情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 御家族氏名 |  | 様 | 続柄： |
| 御家族住所 |  | TEL: |
| ② | 御家族氏名 |  | 様 | 続柄： |
| 御家族住所 |  | TEL: |

◆おかかりの医療機関と紹介状の有無

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 |  |  |
| 紹介状：　　有　・　無 |

◆ご病状について

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |

◆介護保険の有無

|  |  |
| --- | --- |
| 無　・　有 | 有の場合：要支援　１　・　２　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ |
| 居宅介護支援事業者： | ＣＭ名： | 様 |

◆ご利用されているサービス、これからご利用予定のサービス

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○× | サービス名 | 頻度 | ○× | サービス名 | 頻度 |
|  | 訪看ST： | ／Ｗ |  | 訪問ﾘﾊﾋﾞﾘ： | ／Ｗ |
|  | ﾍﾙﾊﾟｰ： | ／Ｗ |  | その他： | ／Ｗ |
|  | 訪問入浴： | ／Ｗ |  |  | ／Ｗ |

◆備考

|  |
| --- |
|  |

面談：　　　　年　　　月　　　日（　　　：　　　～）　　　　　　　　　　　せや在宅クリニック