



# けやき在宅診療所 在宅医療面談申込書

申込者	名称		担当者：
			TEL：

患者様	フリガナ氏名		様	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( )歳	
	住所	〒				<input type="checkbox"/> 生活保護
	連絡先	自宅電話番号： - - / 携帯電話番号： - -				
	同居者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 独居				
	紹介状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    (病院名： )				
	現所在	<input type="checkbox"/> 入院中【退院予定日( / ) 外来通院予定 <input type="checkbox"/> 有( / ) <input type="checkbox"/> 無】 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設				
キーパーソン	フリガナ氏名		様	男・女	続柄：	
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
	連絡先	自宅電話番号： - - / 携帯電話番号： - -				

かかりつけ薬局	名称		TEL：
	住所		FAX：

	病名	身長：      cm / 体重：      kg	
日常生活	食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> IVH	
	摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分量 <input type="checkbox"/> 少量    / <input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> 水分のみ	
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	意思疎通 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 難聴
	酸素	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	自宅設置 <input type="checkbox"/> 未設置 <input type="checkbox"/> 済・会社：
癌の場合	病名の告知	本人： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	余命の告知	本人： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (      ケ月)	
	癌の治療	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中	
	診断・手術	診断日：	手術日：      術式：
訪問介護	<input type="checkbox"/> 未介入 <input type="checkbox"/> 介入中 <input type="checkbox"/> 依頼済み    名称：		
訪問看護	<input type="checkbox"/> 未介入 <input type="checkbox"/> 介入中 <input type="checkbox"/> 依頼済み    名称：		
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 取得 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 介 [ 1・2・3・4・5 ] ) ケアマネージャー(事業社名：      /担当者名：      )		

補足事項

