



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		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳	
	住所	〒 - 区・市 丁目 番 号			
	連絡先	自宅・携帯・その他 () - () - ()			
	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	医療機関名：		
	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		男・女	続柄：	
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〒		
	連絡先	自宅・携帯・その他 () - () - ()			
	その他家族				

病名		身長：	cm /	体重：	kg
日常生活	食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴			
	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	
	その他	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> Baカテ____Fr			
癌の場合	病名の告知	本人 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族 <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 (月)	家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	癌の治療	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中	麻薬の使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
現在の今後の方針	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設予定(時期の目途 <input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 1年以上先 <input type="checkbox"/> 予定無				

医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 負担減額認定証				
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 取得 (<input type="checkbox"/> 要支援 [1・2] <input type="checkbox"/> 要介護 [1・2・3・4・5])				
	ケアマネージャー(事業社名： /担当者名：)				
	デイサービス <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 予定なし ショートステイ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 施設名：)				
訪問看護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 介入予定 (事業社名：)				
	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土				

補足事項	
------	--

