

新患受付表

受付日 H 年 月 日 (担当:)

(訪問診療・訪問看護・訪問リハ)

いずれかを囲んでください。

氏名 _____ 様 (男・女) 生年月日 M, T, S, H 年 月 日 (才)

住所 _____ Tel _____

Fax _____

キーパーソン _____ Tel _____

患者様紹介元 _____ Tel _____

相談連絡者 _____ Tel _____

※下記該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください。保険番号等は必須項目ですので必ずご記入ください。

介護保険

未申請 ・申請中 ・申請済

要介護状態区分: 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2

保険者番号: 市区町村名 _____ 番号 _____

被保険者番号: _____

認定の有効期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 認定日 H 年 月 日

医療保険

・後期 ・国保(本人・家族) ・社保(本人・家族) ・生保: 市の担当者名

保険者番号: _____

被保険者番号: _____

有効期間: 平成 年 月 日

公費 負担割合: 1割 ・3割 ・経過 ・障害 ・難病 ・その他 ()

公費負担者番号: _____

受給者番号: _____

認定の有効期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

現在: 自宅 ・入院中 ・施設(病院・施設名: _____)

主たる傷病名

家族構成(キーパーソン等)

既往歴

現病歴

ADL 日常生活動作

食 事: 自力・介助・経管栄養(PEG・経鼻)・IVH・()
排 泄: 自立・介助・おむつ・尿道カテーテル・ポータ・尿器・()
移 動: 歩行・車椅子、自立・介助・見守り・不可・()
入 浴: 自立・介助・不可・入浴サービス・()
整 容: 自立・見守り・介助()
更 衣: 自立・見守り・介助()
認知症: 無・有(せん妄・不穏・不眠・徘徊)
コミュニケーション()
視力・聴力・その他()

かかりつけ病院() 主治医: 科 Dr. _____
紹介状: 有・無 MSW:

ケアマネージャー

事業所名: _____ 担当者: _____

訪問看護ステーション: 無・有

事業所名: _____ 担当者: _____
曜日: 月・火・水・木・金・土・日 指示書: 要・否

ヘルパー: 無・有

事業所名: _____ 担当者: _____
曜日: 月・火・水・木・金・土・日

デイサービス: 無・有(施設名: _____)

曜日: 月・火・水・木・金・土・日 通所時間: 時～ 時

入浴サービス: 無・有(事業所名: _____)

曜日: 月・火・水・木・金・土・日 時間帯: 時～ 時

福祉用具・住宅改修

ベット・エアマット・車椅子・歩行器・その他()
トイレ・入浴補助具・その他()
住宅改修()

リハビリ 無・希望・通所・訪問(施設/事業所名 _____)

その他(ご要望、ご希望など)