

**新患受付表**



〒188-0012東京都西東京市南町5-5-13-201

TEL042-452-3249 / FAX042-452-3250

受付日：　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| フリガナ 　 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | 男　・　女 |
| 生年月日 М・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　才） |
| 住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　駐車場（　有　・　無　） |
| 電話番号 | 携帯番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| キーパーソン | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　　　　　） |
| 住所 |
| 電話番号 | 携帯電話 |

**現在の生活状況（下記のいずれかに☑をつけて下さい）**

* 独居
* 家族と同居（同居されてる方の続柄　　　　　　　　　　　）
* 施設入所（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 入院中（入院中の病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　退院予定日　　　　　　月　　　　　　日頃）

**保険情報（下記のいずれかに〇をつけて下さい）**

**医療保険**　　後期又は70歳以上国保高齢（1割・2割・3割）　国保：（本人・家族）　社保：（本人・家族）

公費関連：生保・難病・マル障・その他（　　　　　　　　）

**介護保険**　　未申請・申請中・申請済み　　　要支援　1　2　 　要介護　1　2　3　4　5

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる傷病名 | 既往歴 |
| **・** | **・** |
| **・** | **・** |
| **・** | **・** |
| **ADL：**歩行　・　伝い歩き　・　つかまり立ち　・　ベッド上**認知症：**軽　・　中　・　重度 |

**かかりつけの病院　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

診療科：　　　　　　　　　　　　科　　担当医：

**現在行っている医療行為（下記のいずれかに〇をつけて下さい）**

経管栄養（胃ろう・経鼻管）　・　尿道カテーテル留置　・　気管カニューレ留置　・　在宅酸素療法

インスリン療法　・　中心静脈栄養　・　ストマ

【介護サービスの情報】

担当ケアマネージャー

事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当者様：

TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

**ご利用の介護サービス等（☑をつけて下さい）**

* **訪問看護ステーション**

事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当者様：

TEL:

訪問曜日（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* **ヘルパー**

事業所名：

訪問曜日（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* **デイサービス/通所リハビリ**

施設名

（通所曜日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通所時間：　　　時～　　　　時）

* **入浴サービス**

事業所名

（訪問曜日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時間帯：　　　時～　　　　時）

* **在宅訪問服薬管理指導**

ご利用薬局

訪問服薬でない場合

ご利用薬局をご存じの場合はご記入いただけると幸いです

ご利用薬局　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

**その他・要望などございましたらご記入ください**

