

新患受付表



西東京
わたらせクリニック

〒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	M・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○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○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くと幸いです

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

