

新患依頼用紙 ⇒ 平野医院行き  
【 FAX :054-266-6270】

	ご依頼者様情報	お名前: 所属機関【	連絡先: 】職種: <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> Nrs <input type="checkbox"/> その他( )	
患者情報	患者氏名	読み方⇒		
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日【 歳】	男・女	
	住所	〒		
	ご自宅電話	( )-( )-( )		
	病名	#1	#3	
		#2	#4	
	医療管理	<input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー		
	ADL面	全般的に <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	認知面	全般的に <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 時々問題行動あり <input type="checkbox"/> 常時問題行動あり		
	介護保険情報	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中( / ) <input type="checkbox"/> 更新・再申請中		
保険者番号【 】 被保険者番号【 】 有効期限【 】				
居宅介護支援事業所【 】 CM【 】 <input type="checkbox"/> 未定				
導入サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所サービス				
現在の生活状況	<input type="checkbox"/> 在宅 (かかりつけ医: 担当医師 )			
	<input type="checkbox"/> 入院中 ( 病院 科 担当医師: ) 退院日 /			
(今後可能な方) キーパーソン情報	キーパーソン	ふりがな お名前:	関係・続柄: 日中仕事: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	住所	〒		
	ご連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他【 】 ( )-( )-( )		
	その他協力者	ふりがな お名前:	関係・続柄: 日中仕事: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
ご連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他【 】 ( )-( )-( )			
その他	紹介状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手配済み(取得日 / ) <input type="checkbox"/> その他( )		
	保険情報	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保	負担割合: <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
		保険者番号:	被保険者番号:	
	公費負担	<input type="checkbox"/> 身障【 】級 <input type="checkbox"/> 特定疾患【 】 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生活保護		
生保の場合	福祉事務所担当者:【 福祉事務所】 担当【 】			
【追記事項】※病状経過、家族背景、留意事項などわかる範囲で情報を記入願います。		【家族構成】※わかる範囲で名前、年齢、職業など記入下さい		
緊急度	<input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 状態安定 <input type="checkbox"/> 退院後 ※状況により日程調整が困難な場合もございます。			