

# 新規患者訪問診療受付票

柳原病院在宅診療部

☎ 03-5813-1900

fax 03-5813-1901

ご依頼日 年 月 日

ご依頼元 病院/診療所/クリニック/訪問看護ST/居宅事業所	ご担当者氏名 ご連絡先 ( )
-----------------------------------	--------------------

患者概要	ふりがな	自宅TEL
	氏名 男 女	ご連絡者名 続柄:
	生年月日 大正/昭和/平成 年 月 日 歳	ご連絡先TEL
	住所	
	主治医/TEL	診療情報 月 日 着予定
	主病名/既往歴/入院・OPE歴	往診開始希望時期
	医療保険情報 社保 国保 後期 負担割合( ) 公費 無 有 ( 生保・ )	

利用サービス	介護保険情報 申請中 区分変更中 負担割合( ) 要支援 1 2 介護度 1 2 3 4 5	ケアマネ 事業所/ 担当者	事業所 TEL/Fax 担当者
	訪問看護ST 無 有( ) 訪問NaST 月火水木金土日 TEL	医療処置 <input type="checkbox"/> Ba <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 【処置内容】	
	訪問介護 無 有( ) 訪問介護 月火水木金土日 TEL		
	デイサービス 無 有( ) デイ 月火水木金土日 TEL		
	訪問入浴 無 有( ) 入浴 月火水木金土日 TEL		
	その他		
薬局 ( ) 薬局 訪問薬局の利用移行 あり なし			

経過等	経過 ADL状況 認知機能 睡眠等 生活状況 困っている事等 麻痺等障害 * 必要事項を自由記載	家族状況/介護状況等
	経済的状況等	キーパーソン ( )

在宅療養の方針・思い(現在の思いを聴取してください)

自宅でできるだけ自宅で過ごしたい  病院・施設入所希望  自宅で終末期を迎えたい

回復が難しくても延命希望する  延命治療は希望しない

<その他>

お申し込みありがとうございました。近日中にご連絡いたします。  
\*ご希望の曜日・時間に添えない場合もございます。後日相談の上決めさせていただきます。

当院記載欄	<input type="checkbox"/> 面談日	
	<input type="checkbox"/> 面談施設予約	
	<input type="checkbox"/> 保険証確認	
	<input type="checkbox"/> 介護保険証確認	
	<input type="checkbox"/> 初回往診日	
	<input type="checkbox"/> 2回目往診日	
	<input type="checkbox"/> 3回目往診日	
	<input type="checkbox"/> コース	