

# 新患受付用紙

令和5年6月改定

当院の訪問診療にあたって、本受付用紙のほかに以下の書類が必要ですので、初回訪問までにご準備のうえ当院まで提出ください。

- 新患受付医用紙(本紙)
- 診療情報提供書(紹介状): かかりつけ医の病院・診療科のもの(※)
- 医療保険証
- 公費受給者証
- 介護保険証
- 介護保険負担割合証

(※)診療情報提供書は、入手が難しい場合は主傷病のもののみでも構いませんが、原則すべて入手のうえご提出ください。

|                        |  |                                |   |
|------------------------|--|--------------------------------|---|
| ①患者さんの情報               | ふりがな   |                                |   |
|                        | 氏名:  | (大・昭・平・令)<br>男・女 生年月日: 年 月 日 歳 |   |
|                        | 住所 〒   |                                |   |
|                        | 電話:  | 携帯:                            | (続柄 )   |
| ②相談される方<br>(キーパーソン)の情報 | 氏名:  | 続柄:                            | 連絡先:  |
|                        | 住所 〒   |                                |   |
| ③紹介者の情報                | 病院名(事業所):  |                                |   |
|                        | 氏名:  | 電話:                            |   |
| ④初回訪問希望                | <input type="checkbox"/> 至急 (1週間以内) ・ <input type="checkbox"/> 調整可 (いつ頃まで待機可能か?: 月 日頃)   |                                |   |
| ⑤入院歴(過去1年間)            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( 病院 年 月 日退院)  |                                |   |
| ⑥現在の居場所                | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中(病院名: ) <input type="checkbox"/> その他( )  |                                |   |
| ⑦紹介状                   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手配済み (入手予定日 / ) <input type="checkbox"/> その他( )   |                                |   |
|                        | 紹介状元:  |                                |   |
| ⑧傷病名                   |  |                                |   |
| ⑨医療処置                  | <input type="checkbox"/> 在宅酸素(業者名: ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(業者名: ) <input type="checkbox"/> 気管切開   |                                |   |
|                        | <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・経鼻チューブ) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・点滴 <input type="checkbox"/> 尿道バルン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 医療用麻薬 |                                |   |
|                        | <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし  |                                |   |
| ⑩本人への病名告知              | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※可能ならば確認: 予告告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )   |                                |   |
| ⑪看取り                   | 本人( 自宅・病院・未定) 家族( 自宅・病院・未定)  |                                |   |
| ⑬介護保険状況<br><br>ケアマネ連絡先 | 要支援 1・2  | 要介護 1・2・3・4・5                  | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請・更新・変更中(申請日: )  |
|                        | 居宅介護事業所名( ) ケアマネ( ) <input type="checkbox"/> 未定  |                                |   |
|                        | 〒  | TEL : ( )-                     | FAX : ( )-  |
| ⑭公費負担                  | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 心身障害者 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし                 |                                |   |
| ⑮家族構成                  | 家族図(同居家族は○で囲む)   |                                | 介護者(KP):  |
|                        |  |                                | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 娘( ) <input type="checkbox"/> 息子( )<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>同居家族以外のサポート |

※できるだけすべての項目を記入して頂きますようお願いいたします。

|  |  |  |
|--|--|--|
| ⑩現在利用中のサービス<br>または<br>退院後利用予定のサービス             | <input type="checkbox"/> 訪問看護( )頻度:  | <input type="checkbox"/> 訪問リハ( )頻度:    |
|  | <input type="checkbox"/> 訪問看護24H対応 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可   | <input type="checkbox"/> 通所( )頻度:      |
|  | <input type="checkbox"/> ヘルパー( )頻度:  | <input type="checkbox"/> レスパイト入院( )頻度: |
|  | <input type="checkbox"/> ショートステイ( )頻度:   | <input type="checkbox"/> その他           |
|  | <input type="checkbox"/> 調整中   | <input type="checkbox"/> 利用していない       |
| ⑪週間サービス予定                                      | 月( )火( )水( )木( )<br>金( )土( )日( ) <input type="checkbox"/> 現時点では不定  |  |
| ⑫社会的留意点  | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老々介護 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 経済的問題<br><input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 虐待疑い <input type="checkbox"/> 親の持病 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし |  |
| ⑬駐車場   | 有 ・ 無  | 停める場所:                                 |
| ⑭請求書先住所  | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )  |  |
| ⑮その他特記事項                                       |  |  |
| ⑯退院予定日時  | 年 月 日  | 午前・午後 時                                |
| ⑰初診確定日時  | 年 月 日  | 午前・午後 時                                |
| 宛先 なないろクリニック TEL:0742-52-0716 FAX:0742-52-0717 |  |  |

※できるだけすべての項目を記入して頂きますようお願いいたします。