# 新患依頼用紙 ⇒ いずみホームケアクリニック行き

## 【FAX番号:03－3603－1123】

| | | |
|---|---|---|
| | ご依頼者様情報 | お名前: 連絡先:<br>所属機関【 】 職種:☐Dr ☐CM ☐MSW ☐Nrs ☐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 | ( )ー( )ー( ) |
| | 病名 | #1 #3<br>#2 #4 |
| | 医療管理 | ☐バルン ☐気切 ☐胃ろう ☐HOT ☐IVH ☐呼吸器 ☐ペースメーカー |
| | ADL面 | 全般的に ☐自立 ☐見守り ☐軽度介助 ☐中等度介助 ☐全介助 |
| | 認知面 | 全般的に ☐問題なし ☐見守り必要 ☐時々問題行動あり ☐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 ☐未申請 ☐申請中( / ) ☐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【 】 ☐未定 |
| | | 導入サービス ☐訪問介護 ☐訪問看護 ☐訪問入浴 ☐訪問リハ ☐通所サービス |
| | | 訪看ステーション ☐有 ☐無 有りの場合:依頼先【 】 |
| | 現在の生活状況 | ☐自宅 (かかりつけ医: 担当医師 ) |
| | | ☐入院中 ( 病院 科 担当医師: )退院日 ／ |
| キーパーソン情報（今後連絡を取ることが可能な方） | キーパーソン | ふりがな<br>お名前: 関係・続柄:<br>日中仕事: ☐有 ☐無 |
| | 住所 | 〒 |
| | ご連絡先 | ☐自宅 ☐携帯 ☐その他【 】( )ー( )ー( ) |
| | その他協力者 | ふりがな<br>お名前: 関係・続柄:<br>日中仕事: ☐有 ☐無 |
| | ご連絡先 | ☐自宅 ☐携帯 ☐その他【 】( )ー( )ー( ) |
| その他 | 紹介状 | ☐ 有 ☐ 無 ☐手配済み(取得日 / ) ☐その他( ) |
| | 保険情報 | ☐社保 ☐国保 ☐後期高齢 ☐生保 負担割合: ☐1割 ☐2割 ☐3割 |
| | | 保険者番号: 被保険者番号: |
| | 公費負担 | ☐身障【 】級 ☐特定疾患【 】 ☐自立支援医療 ☐ 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 | ☐早急 ☐1週間以内 ☐状態安定 ☐退院後 ※状況により日程調整が困難な場合もございます。 |