

## 新規患者受付表

受付日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 受付者 \_\_\_\_\_

ご紹介者様  ケアマネ  地域包括支援センター  家族  施設  病院  
 行政  その他

お名前 \_\_\_\_\_ 様 所属 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

### 【患者様基礎情報】

★お名前 \_\_\_\_\_ 様 ★読み仮名 \_\_\_\_\_

★住所 \_\_\_\_\_ ★TEL \_\_\_\_\_

★K P お名前 \_\_\_\_\_ ★読み仮名 \_\_\_\_\_ ★続柄 \_\_\_\_\_

★K P 必ず連絡がつくTEL \_\_\_\_\_

★生年月日  T  S  H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ★年齢 \_\_\_\_\_ 才

★性別  男  女 ★残薬 \_\_\_\_\_

★主病名 \_\_\_\_\_

### ★訪問NG日時

訪看： \_\_\_\_\_ ヘルパー： \_\_\_\_\_

デイサービス： \_\_\_\_\_ ショートステイ： \_\_\_\_\_

★医療保険区分  社保  国保  生保 その他 ( \_\_\_\_\_ )

★介護保険  無  申請中 要支援  1  2  
要介護  1  2  3  4  5

★担当ケアマネ様 事業所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

★お名前 \_\_\_\_\_ 様 ★読み仮名 \_\_\_\_\_

★訪問診療を希望した経緯 ( \_\_\_\_\_ )

★現在の処置： 点滴 (  CV  末梢 )  胃ろう  経鼻  
尿カテ ( サイズ \_\_\_\_\_ Fr )  気管カニューレ  酸素  吸引  
 ペースメーカー  褥瘡  その他 ( \_\_\_\_\_ )

★過去1年以内に入院歴がある場合 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 )

★現在利用中の薬局 \_\_\_\_\_