



# かえるクリニック

TEL 03-5967-1195 FAX 03-5967-1196

**ご依頼やご相談は 2 ページ目【情報共有シート】をご活用ください**

**ご記入がなくても、お電話をいただければご依頼・ご相談をお受けできます。**

**お気軽にご相談ください。**

## 情報共有シート

※わかる範囲でご記入ください

記入日 年 月 日

○訪問診療ご依頼理由（複数回答可）	
<input type="checkbox"/> 定期通院困難 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー・包括支援センター・役所からの勧め <input type="checkbox"/> お看取り希望 <input type="checkbox"/> 緩和ケア希望 <input type="checkbox"/> その他( )	
○当院をどこで知りましたか？	
<input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 以前家族が利用した <input type="checkbox"/> その他( )	

ふりがな							
氏名	大正・昭和・平成		年 月 日 歳				
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
住所	〒	電話番号					
主病名	入院中の場合：医療機関名 <span style="float: right;">退院日(予定)： 年 月 日</span>						
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )						
必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 他注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入・吸引 <input type="checkbox"/> 疼痛・癌疼痛管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他( )						
ケアマネジャー	担当者		所属				
	TEL		FAX				
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中		介護度	要介護( )		要支援( )	
在宅サービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【 ①訪問看護 ②訪問介護 ③訪問入浴 ④デイサービス ⑤その他( ) 】						
		月	火	水	木	金	土 日
	AM						
	PM						
家族構成	<input type="checkbox"/> 2人暮らし <input type="checkbox"/> 3人暮らし <input type="checkbox"/> 4人暮らし <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他( )						
	氏名 (続柄)	電話番号	同居・別居 (住所)			主な介護者	
	( )		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( )				
	( )		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( )				
	( )		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( )				
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先				
自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
本人・ご家族の希望や伝えておきたいことなど							

依頼者 所属 名前 連絡先

〒179-0076 東京都練馬区土支田 1-31-11 山八マンション A105a TEL : 03-5967-1195 FAX : 03-5967-1196

