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）
□定期通院困難　□ケアマネジャー・包括支援センター・役所からの勧め　□お看取り希望　□緩和ケア希望　□その他(　　)
○当院をどこで知りましたか？
□紹介　□ホームページ　□パンフレット　□以前家族が利用した　□その他(　　)

ふりがな		大正・昭和・平成 年　月　日　歳	
氏名	□男 □女		
住所	〒	電話番号	
主病名	入院中の場合：医療機関名　　退院日(予定)：　年　月　日		
既住歴	□なし □あり(　　)		
必要な医療処置	□点滴　□中心静脈栄養　□他注射　□経管栄養(胃瘻・腸瘻)　□ストマ管理　□酸素療法 □吸入・吸引　□疼痛・癌疼痛管理　□褥瘡処置　□膀胱留置カテーテル　□その他(　　)		
ケアマネジャー	担当者　　所属		
	TEL　　FAX		
介護保険	□申請済　□申請中　□未申請　□区分変更中	介護度	要介護(　　)　要支援(　　)

在宅サービス	□なし　□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	□2 人暮らし　□3 人暮らし　□4 人暮らし　□独居　□その他(　　)			
	氏名　(続柄)	電話番号	同居・別居（住所）	主な介護者
	(　　)		□同居 □別居 (　　)	
	(　　)		□同居 □別居 (　　)	
	(　　)		□同居 □別居 (　　)	
	(　　)		□同居 □別居 (　　)	

緊急連絡先	氏名　　続柄　　連絡先
自立度	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 □自立　□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲ　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□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
かえるクリニック