

# 新患受付表

受付日： 年 月 日

医療法人社団 壮仁会  
**三鷹あゆみクリニック**  
 〒181-0012 東京都三鷹市上連雀 7-32-32 コム・ドエリー202  
 TEL: 0422-45-2922 FAX: 0422-45-2952

○お手数ですが分る部分でかまわないのでご記入をお願い致します。

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 生年月日 M, T, S, H 年 月 日 (才)

〒 \_\_\_\_\_ (建物名: \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_ (駐車場: 有 ・ 無)

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_ キーボックス \_\_\_\_\_

TEL ① \_\_\_\_\_

KP: 氏名 \_\_\_\_\_ 様 (続柄 \_\_\_\_\_) TEL ②携帯番号 \_\_\_\_\_

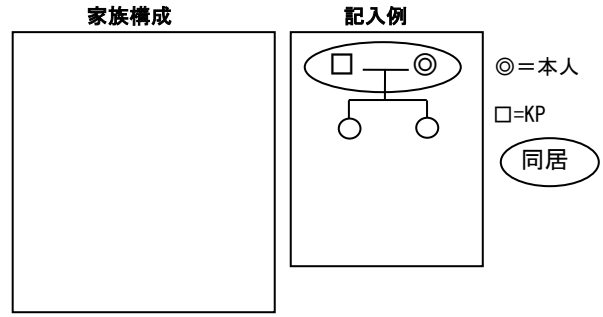
**介護保険**

未申請・申請中・申請済み \_\_\_\_\_  
 要支援 1 2 \_\_\_\_\_ 要介護 1 2 3 4 5 \_\_\_\_\_

**医療保険**

後期: (1割・3割) \_\_\_\_\_ 国保: (本人・家族) \_\_\_\_\_  
 社保: (本人・家族) \_\_\_\_\_  
 生保: 市の担当者名 \_\_\_\_\_

公費: マル障・マル都 \_\_\_\_\_ (どちらかをお持ちの場合○をしてください) (負担あり・負担なし)



現在: 自宅・施設 (施設名 \_\_\_\_\_) ・入院中 (退院予定日 月 日) 退院日 ( 月 日)

**主たる傷病名**

・ \_\_\_\_\_  
 ・ \_\_\_\_\_  
 ・ \_\_\_\_\_  
 ・ \_\_\_\_\_  
 ・ \_\_\_\_\_

**既往歴**

・ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年)  
 ・ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年)  
 ・ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年)  
 ・ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年)  
 ・ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年)

ADL: 歩行 ・ 伝い歩き ・ つかまり立ち ・ ベッド上 \_\_\_\_\_ 認知症: 軽 ・ 中 ・ 重度

必要物品: 経管栄養 (胃瘻 ・ 経鼻) ( \_\_\_\_\_ Fr) ※現在使用中の栄養剤名 ( \_\_\_\_\_ )

尿道カテーテル (有 ・ 無) ★ ( \_\_\_\_\_ Fr)

気管カニューラ (有 ・ 無) ★ (製品名: \_\_\_\_\_) (品番: \_\_\_\_\_)

酸素 (有 ・ 無) ★ (現在ご使用の会社名: \_\_\_\_\_) (現在: \_\_\_\_\_ L)

インスリン (有 ・ 無) ★ (現在使用のインスリン名: \_\_\_\_\_)

★単位 ( )-( )-( )-( ) \_\_\_\_\_

→血糖測定 (有 ・ 無) ★針 (メーカー名: \_\_\_\_\_ 品名: \_\_\_\_\_)

★チップ (メーカー名 \_\_\_\_\_ 品名: \_\_\_\_\_)

※ ★の ( ) は分かればご記入ください

かかりつけの病院 ( )  
診療科： \_\_\_\_\_ 科 担当医： \_\_\_\_\_ MSW： \_\_\_\_\_  
今後の通院 有 ・ 無 \_\_\_\_\_

ケアマネージャー  
事業所名： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_  
TEL： \_\_\_\_\_

訪問看護ステーション ( 有 ・ 無 )  
事業所名： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_  
TEL： \_\_\_\_\_  
訪問日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 \_\_\_\_\_

ヘルパー ( 有 ・ 無 )  
事業所名： \_\_\_\_\_  
訪問日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 \_\_\_\_\_

デイサービス ( 有 ・ 無 )  
施設名 \_\_\_\_\_  
通所日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 \_\_\_\_\_ (通所時間： \_\_\_\_\_ 時～ \_\_\_\_\_ 時)

入浴サービス ( 有 ・ 無 )  
事業所名 \_\_\_\_\_  
訪問日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 \_\_\_\_\_ (時間帯： \_\_\_\_\_ 時～ \_\_\_\_\_ 時)

リハビリ ( 有 ・ 無 )  
事業所名 / 施設名 \_\_\_\_\_  
訪問日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 \_\_\_\_\_

訪問可能日 ( )

※お薬のアレルギー ( )  
※お薬：訪問服薬 or お渡し (薬局名： \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_ )

残薬： \_\_\_\_\_ 日分 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日時点)  
※その他・要望などございましたらご記入ください

( )