

新患受付表

受付日： 年 月 日

医療法人社団 壮仁会

新百合ヶ丘あゆみクリニック

〒206-0823 東京都稲城市平尾1丁目24-7

TEL：042-350-5575 FAX：042-350-0135

○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)

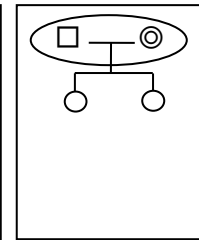
生保：市の担当者名

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)

家族構成



記入例



◎=本人

□=KP

◎=同居

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

()