

新患受付表

受付日： 年 月 日

医療法人社団 壮仁会

三鷹あゆみ訪問看護ステーション

〒181-0013 東京都三鷹市下連雀 3-7-16 エミナール3階

TEL : 0422-26-7413 FAX : 042-426-8797

○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。

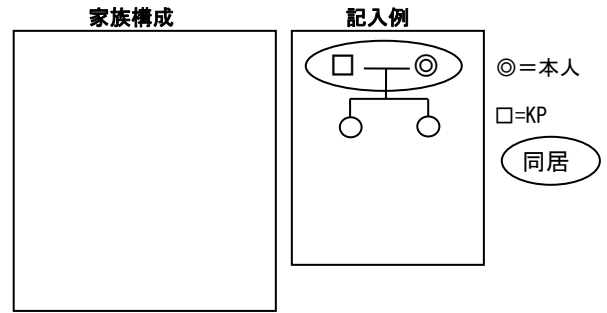
ふりがな
氏名 様 (男・女) 生年月日 M, T, S, H 年 月 日 (才)
〒 (建物名: )
住所 (駐車場: 有・無)
電話番号 携帯番号 キーボックス
TEL ①
KP: 氏名 様 (続柄) TEL ② 携帯番号

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

Box for main injuries and diseases.

既往歴

Box for past medical history with year indicators.

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 ( )

車での訪問看護は可能でしょうか？ 可能 ・ 不可 ・ 近隣に駐車有

※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