

新患受付表

受付日： 年 月 日

医療法人社団 壮仁会
西東京あゆみクリニック

〒188-0011 東京都西東京市田無町 3-3-14- 201 号

TEL : 042-463-8655 FAX : 050-3588-2074

○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) _____

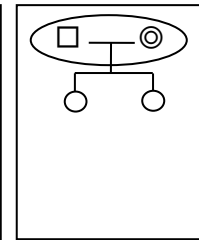
生保 : 市の担当者名 _____

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

()