　　　 記入日：平成　　　年　　　月　　　日

**受　付　表**

医療法人社団　壮仁会

**新百合ヶ丘あゆみクリニック**

〒206-0823稲城市平尾1-24-7ﾌﾟﾚﾐｱﾘﾝｼﾞｭR-3

TEL:042-350-5575 FAX:042-350-0135

04

○お手数ですがご記入をお願い致します。



ふりがな

患者氏名：　　　　　　　　　　様 （ 男・女 ）生年月日:　　　　　　　　（　　　才）

住所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\*キーボックス[ 　 ]

TEL：　　　　　　　　　 　　　 携帯番号：

ふりがな

ｷｰﾊﾟｰｿﾝ：　　　　　　　　　　　様（続柄：　　　　　　　）

住所：〒

TEL： 携帯番号：

家族構成図

**介護保険**　申請済み　・申請中　・　未申請

要支援　1　・　2　要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5

**医療保険**　　後　期　・　国　保　・　社　保　・　生　保

　[　1割　・　3割　] 　 [　本人　・　家族　]

　公　費： [　 有　・　無 ]

（生保　市・区担当者名：　　　　　　　　　　　　　）

**【主たる傷病名】　　　　　　　　　　　　　　　【既往歴】**

* （　　　　　年）
* （　　　　　年）
* （　　　　　年）
* （　　　　　年）
* （　　　　　年）

・

・

・

・

・

**【感染症】**[　ＨＢＶ　・　ＨＣＶ　・　梅　毒　・　ＭＲＳＡ　]

**【現　在】**[　自　宅　・　施　設　・　入院中　]

　施設または病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　退院予定日：

**【必要物品】**

経管栄養:[ 有　・　無 ] 胃瘻　・　経鼻　（　　　Fr）（使用中の栄養剤：　　　　　　　）

　気管カニュラ:[ 有　・　無 ]（製品名：　　 　　　 　　 　　）（品番：　　 　　　　　　　）

　 酸 素 :[ 有　・　無 ] (会社名：　　　　　　　　　　　 ）（現在：　　　 　　Ｌ）

インスリン :[ 有　・　無　]（使用中のインスリン:　　　）単位（ 　　)-( 　　)-(　　 )-（ 　　）

血糖測定 :[ 有　・　無 ]　針（メーカー:　　　　　　　　　品名：　　　　　　　　）

チップ（メーカー:　　　　　品名:　　　　　　　）

　尿道カテーテル:[ 有　・　無 ]（　　Fr）

**【ADL】**

|  |  |
| --- | --- |
| **移動・歩行** | 自立　・　一部介助　・　全介助　　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| **衣服着脱** | 自立　・　一部介助　・　全介助　　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| **食事** | 自立　・　一部介助　・　全介助　　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| **入浴** | 自立　・　一部介助　・　全介助　　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| **排泄** | 自立　・　一部介助　・　全介助　　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |

**【IADL】**

|  |  |
| --- | --- |
| **買物** |  |
| **家事** |  |
| **食事の用意** |  |
| **薬の管理** |  |
| **金銭管理** |  |

**【認知症】** [ 軽　・　中　・　重度 ]　[長谷川式：　　　　点 ]状況：

　　　　　　問題行動　[　有　・　無　]　　行動内容

* **かかりつけの病院　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]**

主治医：　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生　　MSW:

＊今後の通院予定：　　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

* **ヘルパーサービス　　[**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　　（時間：　　　～　　　　）

* **入浴サービス　　　　[**有　・　無　**]**事業所名：

訪問日：　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　　（時間：　　　～　　　　）

* **リハビリ　　　　[**有　・　無　**]**事業所名　/　施設名

訪問日：　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　　（時間：　　　～　　　　）

**※その他・要望などございましたらご記入ください。**