

受付表

記入日：平成 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 稲城市平尾 1-24-7 プレアリッジ R-3
TEL:042-350-5575 FAX:042-350-0135

○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
キーパーソン： _____ 様 (続柄： _____)

住所：〒 _____

TEL： _____ 携帯番号： _____

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： _____)

家族構成図

【主たる傷病名】

【既往歴】

・ _____
・ _____
・ _____
・ _____
・ _____

・ _____ (_____ 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： _____)

気管カニューラ： [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。