

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  
キーパーツ： 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)  
・ ( 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。