

## 彩り在宅クリニック加納 新規患者依頼（申込）書

（医療者用のため、わかる範囲でOKです）

依頼日：令和 年 月 日

依頼者名	
職種	CM・NS・MSW・家族・本人・その他（ ）
所属	
TEL・FAX	

ふりがな		性別	生年月日	明治	大正	昭和	平成	令和
患者名		男 女		年	月	日	歳	
住所		TEL	①	②				

診断名	希望内容
元のかかりつけ医	<input type="checkbox"/> 緩和ケア(麻薬投与など) <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ドレナージ <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷治療 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・末梢輸液 <input type="checkbox"/> 経腸栄養（胃ろうなど） <input type="checkbox"/> 糖尿病治療 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 排泄管理（ストマ・留置カテ）
※医療機関の場合、診療情報提供書を添付してください。	その他：
現在の病状について（治療内容・予後・告知の有無など）	

### 現在の療養状況

自宅療養				
通院中	病院名：	診療科	科	
入院中	病院名：	診療科	科	退院予定日： 月 日頃
施設入所中	施設名：			

保険証確認方法	持参	自宅	FAX	公費や重心、難病指定の有無	有り	無し
介護認定	非該当	未申請	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	

ケアマネージャー	事業所：	担当者名：	TEL:
----------	------	-------	------

### 家族状況

氏名	続柄	別居・同居	TEL
		別・同	
		別・同	

週間予定 ※サービスを利用中の場合、曜日欄に○または時間を記入してください。

サービス名	月	火	水	木	金	土	日
訪問看護（ ）							
デイサービス							
介護（ヘルパー）							
その他							

FAX送信先：050-3535-6161

彩り在宅クリニック加納 医療連携室