

# 患者様 ご相談表

令和      年      月      日

ふりがな				生年月日			
患者様お名前				T・S	年	月	日
ご住所	〒					性別	男・女
電話番号						年齢	歳
疾患名・病名							
既往症							
症 状・お困りのこと							
在宅療法 ※わかる範囲で構いませんので、ご使用中のものにチェック、ご記入をお願いいたします。	膀胱留置カテーテル サイズ Fr		在宅酸素		L	人工呼吸器	
	気管切開	カニューレ 交換頻度	インスリン		1日 回	人工肛門	
	経管栄養	* 胃瘻 ・ 経鼻胃管 サイズ Fr	中心静脈栄養		CVポート IVH	* 腎瘻	
	点滴	末梢・カフティポンプ PCAポンプ	その他 ( )				
現在の病院	病院名				診療科	科	
	通院	ヶ月		回			
	入院	年 月 日		～ 年 月 日			
主な介護者様氏名 (キーパーソン)						間柄	
ご住所	〒					同居 ・ 別居	
ご連絡先電話番号	ご自宅		携帯電話				
介護認定度	申請していない ・ 申請中 (申請日 月 日) 自立 ・ 要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )						
医療健康保険	国民健康保険 ( 70歳未満 ・ 前期高齢 ・ 後期高齢 ) ・ その他 ( )						
障害認定・難病・公費	種別					認定級	級
ケアマネージャー	有 ・ 無		ケアマネージャーお名前				
事業所名					電話番号		
ご利用サービス	訪問看護 ・ 訪問リハビリ ・ デイサービス ・ 生活援助 ・ 身体介護 ・ 訪問介護 ・ その他 ( )						
ご利用サービスの曜日・時間							
ご使用薬局名				ご紹介者名			
備考							

\* ご相談、ご面談の患者様は事前に現在の病院からの診療情報提供書を郵送又はFAXをお願いいたします(ない場合でも相談可能です)  
 \* 初回訪問の際、可能であれば ・健康保険証 ・限度額認定証(各種公費認定証) ・介護保険証のコピーをお願いいたします。  
 \* ご記入はお分かりになる範囲で構いません。

ユーファミリークリニック    電話番号 042-312-1400  
 FAX番号 042-312-1420