

## 新規患者受付表

※すべての項目に記入がない場合でも、ご相談に応じます。

### 【患者様基本情報】

氏名 \_\_\_\_\_ 様      フリガナ \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

生年月日 T S H R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

性別 男 女

主病名 \_\_\_\_\_

### 訪問診療を希望された理由

\_\_\_\_\_

キーパーソン氏名 \_\_\_\_\_ 様      フリガナ \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_      連絡先 (必ず連絡がつく携帯電話番号等) \_\_\_\_\_

### 【保険について】

医療保険 国保 社保 生保 その他 ( \_\_\_\_\_ )

介護保険 (要介護認定) なし 申請中 要支援1 要支援2  
要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

担当ケアマネジャー      氏名 \_\_\_\_\_      事業所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

### 【装着・使用医療器具等】

点滴 ( 中心静脈栄養 末梢点滴 )      胃瘻      経鼻胃管  
酸素 ( \_\_\_\_\_ ) ℓ      気管カニューレ      吸引      ペースメーカー  
尿道留置カテーテル      サイズ ( \_\_\_\_\_ ) Fr  
褥瘡 あり ( 部位 \_\_\_\_\_ )      なし

### 【その他】

当クリニックが訪問する際に都合の悪い日時・曜日など \_\_\_\_\_

### 介護保険サービスの利用日時・曜日など

訪問看護 \_\_\_\_\_      訪問介護 (ヘルパー) \_\_\_\_\_

デイサービス \_\_\_\_\_      ショートステイ \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

現在利用している薬局 \_\_\_\_\_

### 過去1年以内に入院歴がありますか

なし あり ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

受付日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ )      受付者 \_\_\_\_\_