

ID:

在宅医療相談シート 相談日 令和 年 月 日

この度はご相談頂きありがとうございます。太枠内をご記入の上、FAX などでご連絡下さい。

このシートをご記入いただいている方のお名前	様
このシートをご記入いただいている方の連絡先・所属先	

～以下在宅医療を検討されている方の情報をご記入ください～

お名前	様	ふりがな	様
生年月日	T・S 年 月 日	年齢	歳 性別 男・女
住所			
電話番号			
駐車場	あり・なし (場所:)		
家族構成			
キーパーソン 1	様(続柄:)	電話番号	
キーパーソン 2	様(続柄:)	電話番号	
ケアマネ	様	電話番号	
訪問看護		電話番号	
他受診状況	()病院・()科・()医師 ()病院・()科・()医師		
保険情報	医療: 割・医療書:丸福(あり・なし) 丸障(あり・なし)・限度額区分 介護:要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 負担割合:1・2・3割 申請中・未申請		

～分かる部分がありましたらご記入ください～

病名		末期の悪性腫瘍 <input type="checkbox"/>
現在の状態	外来通院中(病院名)・入院中(病院名)・退院予定日 月 日) 施設入所中(施設名)・その他() 施設入所予定(施設名)・入所予定日 月 日) 施設対退所予定(施設名)・退所予定日 月 日)	
経緯 患者様の要望 その他	施設分類(当てはまる方のみ) 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> ・養護老人ホーム(定員 111 人以下) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ・短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/>	過去1年の入院歴(あり・なし)

～以下当院記入欄～

現在の薬局	変更(なし・あり:変更先の薬局)
次の予定	

【確認事項】 処方箋の受け渡し方法(窓口渡し・訪問先で発行)

お支払いについて(窓口払い・口座振替→設定されるまで窓口払い・設定されてから口座振替)

健康保険証類 ・介護保険証類 ・訪問同意書 ・居宅療養管理指導同意書

医療法人 清流会 五藤医院 電話番号:0586-87-7800 FAX 番号:0586-87-7890