

# 訪問診療フェイスシート①

年 月 日 ( )



楠本内科在宅支援部行

(Fax: 093-201-3753)

【依頼先

病院・医院】TEL:

担当:

フリガナ 氏名			患者番号(ID)	性別	□男性 □女性		
生年月日	□大正 □昭和 □平成 年 月 日		年齢	歳			
住所	〒		TEL 自宅:	-	-		
			TEL 携帯:	-	-		
緊急連絡先 (KP)	氏名	続柄	住所	電話番号			
傷病名 (既往歴含む)	化学・放射線療法: □無 □有 ( 外来・入院 内服管理: □自己 □家族			病名・余命告知 家族: □未 □済 本人: □未 □済			
現病歴など							
かかりつけ医	主病名	医療機関名		診療科・主治医(処方医)			
感染症	□C型肝炎 □B型肝炎 □梅毒 □疥癬 □結核 □その他						
アレルギー	薬品: □無 □有		食品: □無 □有				
医療的ケア (装着器具)	□在宅酸素 □気管カニューレ □レスピレータ □吸引 □ペースメーカー □中心静脈栄養 □胃瘻 □腸瘻 □腎瘻 □膀胱瘻 □尿道留置カテーテル □人工肛門						
介護保険	□未申請 □申請中 □区分変更中 有効期限 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) □事業対象者 □要支援( ) □要介護( )						
居宅事業所名	TEL: - -		担当CM				
利用内容	□ 施設入所( ) □ 訪問看護( 訪問看護ステーション ) □ 訪問リハ □ 訪問薬剤( 薬局 ) □ 訪問入浴 □ ヘルパー □ 通所系: DC・DS						
家族構成図		医療保険・公費【被保険者番号:					
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 ☆:キーパーソン(主介護者)		□国保	□社保	□前期高齢	□後期高齢	□生活保護	
		□難病	疾患名:				
		□障害	身障	級	疾患名:		
		□原爆		□水俣	□その他:		
□独居							