

# 新患受付表

# 絆在宅クリニック(東村山市栄町3-3-2ナズ久米川レックス1F)

## ■患者様情報

TEL:042-306-3721 FAX:042-306-3722

フリガナ		男・女	生年月日	T・S・H
氏名			年 月 日 ( )歳	
住所	〒			駐車スペース(有・無)
自宅TEL:	携帯TEL:			キーボックス(有・無) 番号:

## ■キーパーソン情報

フリガナ		続柄	連絡先①
氏名			連絡先②
同居・別居 別居の場合の住所 〒			

## ■病名

--	--

## ■癌の場合

病名の告知	本人(有・無) 家族(有・無)	治療 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続
余命の告知	本人(有・無) 家族(有・無)	診断日: 年 月 日 手術:有・無

## ■医療物品、保険

経管栄養(胃瘻・腸瘻・経鼻)※栄養剤名( )

気管カニューラ(製品名: 品番: )

尿道カテーテル(種類:シリコン・ラテックス、サイズ: Fr)

在宅酸素(現在 L 現在ご使用の会社名: )

インスリン(薬剤 単位: - - - )

血糖測定(針品名: チップ品名 )

医療保険 後期高齢者・国保・社保(1割・2割・3割)

公費 マル障・マル都・難病(54)自立支援(21)・その他 (負担なし・あり: 金額 円)

生活保護 市の担当者(ケースワーカー):

介護保険 要支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5 未申請・区分変更中

障害区分 区分: 1・2・3・4・5・6 愛の手帳・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳

ケアマネージャー・相談員 事業所名: 担当者名:

電話番号: FAX:

訪問看護ステーション 事業所名: 担当者名:

電話番号: FAX:

デイサービス等 事業所名: 担当者名:

電話番号: FAX:

訪問開始希望日: 訪問可能曜日:

当院に依頼したきっかけ:ホームページ・他者利用あり・紹介(紹介元: )