



湘南藤沢心臓血管クリニック 在宅医療面談申込書

紹介元	名称	担当者：
		TEL:

患者様	フリガナ 氏名	様	男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳	
	住所				<input type="checkbox"/> 生活保護
	連絡先	自宅電話番号：		/携帯電話番号：	
	同居者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 独居			
	紹介状	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
	現住所	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設			

申込者 キーパーソン	氏名	様 (男・女) 続柄：		
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	自宅電話番号	携帯電話番号		

病名	身長： cm 体重： kg			
日常生活について	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> IVH)		
	摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分量 <input type="checkbox"/> 少量 / <input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> 水分のみ		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 尿道バルーン Fr		
	会話	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 発語不能 <input type="checkbox"/> 難聴		
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 意思疎通： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 難聴		
	酸素	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 自宅設置： <input type="checkbox"/> 未設置 <input type="checkbox"/> 済・会社		
	症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> その他		
がんの場合	病名の告知	本人： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 家族： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	余命の告知	本人： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 家族： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	がんの治療	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続		
	診断・手術	診断日：	手術日：	術式：

訪問看護	<input type="checkbox"/> 未介入 <input type="checkbox"/> 介入中 <input type="checkbox"/> 依頼済み 名称：			
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 取得 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 介 [1・2・3・4・5]) ケアマネージャー(事業社名： /担当者名：)			

補足事項：病名など記入しきれない場合はこちらへ



医療法社団 悠慶会 湘南藤沢心臓血管クリニックの訪問診療

 藤沢市湘南台 1-9-1 エクシード湘南台 1F, TEL0466-41-2810, <https://www.sfc-v.com>