

患者情報シート

依頼日	年 月 日	依頼者	患者との関係()
所属施設名		連絡先	

フリガナ			
患者氏名		□男 □女	年 月 日生 歳
訪問先住所	〒 TEL		
キーパーソン	名前	続柄	家族背景
	連絡先		
診断名			
既往症			
経過			
寝たきり度	告知(有・無)		
認知症度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 無・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
医療処置	<input type="checkbox"/> IVH(ポート:有・無) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻:種類 サイズ) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル(種類 サイズ) <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 褥瘡() <input type="checkbox"/> その他		
ケアマネジャー		所属事業所	
介護度	□要支援(1・2) □要介護(1・2・3・4・5) □申請中 □未申請		
訪問看護	有・無	事業所:	訪問曜日
訪問介護	有・無	事業所:	訪問曜日
通所サービス	有・無	事業所:	利用曜日