

# こもれび在宅診療所 | 福岡市城南区 患者情報 共有シート

区分	項目	記載欄
基本	フリガナ 患者氏名	フリガナ： 氏名：
	生年月日	T・S・H・R： 年 月 日
	現住所 (訪問先)	〒 ー 住所：
	緊急連絡先	氏名：
		続柄：
		電話：
訪問開始希望日	令和 年 月 日	
保険情報	医療保険 (分かる範囲で)	<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険証または資格確認書のコピーがあれば添付ください <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 公費負担： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類： )
	介護認定	区分： <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 1/2 <input type="checkbox"/> 要介護 1/2/3/4/5 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
連携 主病名	主病名 病状の概要	主病名： 病状の概要：
	ケアマネ情報	事業所名： 担当者名： 電話： FAX： メール：
診療に必要な情報	現在内服薬	<input checked="" type="checkbox"/> 可能ならおくすり手帳のコピーを共有ください
	医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう/経鼻) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (HOT) <input type="checkbox"/> 気管切開/人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル/腎ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 その他：
	かかりつけ	病院名/診療科：
	ADL 認知機能の概況	ADL： <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 認知機能：
情報提供の同意	同意確認	<input type="checkbox"/> 患者 (または代理人) から上記情報提供の同意を得ています。