

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             | フリガナ：   |
|              | 患者氏名             | 氏名：   |
|              | 生年月日             | T・S・H・R： 年 月 日  |
|              | 現住所<br>(訪問先)     | 〒 -<br>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<br>(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<br><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 ( )<br>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<br>有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日   |
| 連携<br>主病名    | 主病名              | 主病名：  |
|              | 病状の概要            | 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<br>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)<br><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<br>その他：  |
|              | かかりつけ            | 病院名/診療科：  |
|              | ADL<br>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<br>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。   |