

立川在宅ケアクリニック 在宅医療 面談申込書

申込内容	<input type="checkbox"/> 在宅医療	<input type="checkbox"/> 医療相談	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
	面談希望日： 月 日		<input type="checkbox"/> 9:30 <input type="checkbox"/> 10:30

紹介元	名称	担当者：
	主治医	科 先生 TEL：

患者	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和・平成
	氏名	様	年 月 日 ( ) 歳
	住所		
	自宅	- -	携帯： - -
	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	
現所在	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	紹介状： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
申込者	氏名	様 (男・女)	続柄：
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	自宅	- -	携帯： - -

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"/> 車いす <input type="checkbox"/> スリッシャー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 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
	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	

癌の場合	病名の告知	本人 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	余命の告知	本人 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	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 名称：

補足事項、病名・術式等記入しきれない場合はこちらへ