

## 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 <input type="checkbox"/> 11:30		

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				
	連絡先	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"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 入院中	紹介状： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
申込者	氏名	様 (男・女)	続柄：	( ) 歳	
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居・住所			
	連絡先	自宅	-	-	

医療機関	名称			担当者：
	主治医	科	先生	連絡先：

病名									
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"/> スリッパ		
	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
	癌の治療	<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"/> 依頼済み	<input type="checkbox"/> 介入中	名称：
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 取得 <small>支介</small>	名称：

補足事項				
------	--	--	--	--