

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			□男 □女	年 月 日 生 歳	
患者氏名					
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					
告知(有 · 無)					
寝たきり度	J1 · J2 · A1 · A2 · B1 · B2 · C1 · C2				
認知症度	無 · I · IIa · IIb · IIIa · IIIb · IV · M				
医療処置	□IVH(ポート:有・無) □経管栄養(経鼻・胃瘻:種類 サイズ)				
	□膀胱留置カテーテル(種類 サイズ)				
	□腎瘻	□膀胱瘻	□在宅酸素	□気管切開	□人工呼吸器
	□褥瘻()		□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		