

# 患者受け入れ相談シート

( 記入日 年 月 日 )

【フリガナ】		男 ・ 女	大正・昭和・平成
【名前】			年 月 日 ( )歳
【住所】	広島市		
【連絡先】	自宅：	携帯番号：	
【家族構成】	独居 ・ 同居 ( ) ※( )内に同居者を記載		
【キーパーソン】	① 氏名：	続柄：	携帯番号： 連絡可能時間 時頃
	② 氏名：	続柄：	携帯番号： 連絡可能時間 時頃
【駐車場】	無 ・ 有 ( ) ※( )内に場所を記載		
【紹介元】	(担当者： )		
【病院・担当医】	病院：	担当医：	科名：
【かかりつけ】	(継続通院予定： 有 ・ 無 )		
【ケアマネ】	(担当者： )		
【訪問看護】	訪問介護ステーション (担当者： )		
	介入中の場合→指示書の指示期間( 月 日 ~ 月 日 迄 )		
【薬局】			

【傷病名】			
【現在】	① 入院中 (退院予定日 月 日) ・ 外来通院中 ② 他科受診予定 有 ( 科 ヲ月毎にフォロー予定) ・ 無		
【介入希望日時】	月 日 頃希望 ・ 早急に介入希望		
【経過】 本人・家族の要望			
【処置】	点滴 (有・無)	末梢・皮下・IVH	(内容： )
	酸素 (有・無)	ℓ	(会社： )
	バルーン (有・無)	サイズ Fr	交換 /
	胃瘻 (有・無)	その他処置 ( )	

【備考】	【分かればご記入お願いいたします】		
	1年以内の入院歴	有 ・ 無	
	訪問薬局の許可	有 ・ 無	
	現在利用中のサービス	有 (デイサービス・訪問介護・その他【 】) ・ 無 有の場合→( 曜日 時 ~ 時迄 )	

# 患者受け入れ相談シート

ご不明点がございましたら当院迄、ご連絡をお願いします。  
TEL 082-836-7171 FAX 082-836-7722

(記入日 年 月 日)

【フリガナ】	ヒロシマ タロウ	男・女	大正・昭和 平成
【名前】	広島 太郎		19年 12月 1日 (80)歳
【住所】	広島市〇〇区〇〇町〇丁目〇番-〇 コーポ広島 201号室		
【連絡先】	自宅：082-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯番号：080-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
【家族構成】	独居・同居(妻) ※( )内に同居者を記載		
【キーパーソン】	①氏名：広島 和子 続柄：妻 携帯番号：080-〇〇-〇〇 連絡可能時間 10時頃		
	②氏名： 続柄： 携帯番号： 連絡可能時間 時頃		
【駐車場】	無・有 (自宅近くにコインパーキング有) ※( )内に場所を記載		
【紹介元】	〇〇〇〇病院 (担当者：地域連携室 〇〇〇)		
【病院・担当医】	病院：〇〇〇〇病院 担当医：〇〇〇〇医師 科名：内科		
【かかりつけ】	△△整形外科 (継続通院予定：有・無)		
【ケアマネ】	〇〇〇〇介護支援事業所 (担当者：〇〇〇〇)		
【訪問看護】	〇〇〇〇訪問介護ステーション (担当者：〇〇〇〇)		
	介入中の場合→指示書の指示期間( 〇月 〇日 ~ 〇月 〇日 迄)		
【薬局】	〇〇〇〇薬局		

かかりつけなどなければ記入不要です。

【ケアマネ】・【訪問看護】・【薬局】  
現在介入なければ記入不要です。

【傷病名】			
【現在】	①入院中(退院予定日 月 日)・外来通院中		
	②他科受診予定 有(内科 3ヶ月毎にフォロー予定)・無		
【介入希望日時】	月 日 頃希望 ・ 早急に介入希望		
【経過】 本人・家族の要望	経過は別紙参照		
	身体の痛みが強いが、ご本人様・ご家族様ともになるべく自宅に帰って療養したいと思っている。		
【処置】	点滴	有(無)	末梢・皮下・VH (内容：CVポートよりエルネオパ2号)
	酸素	有(無)	ℓ (会社：)
	バルーン	有(無)	サイズ Fr 交換 /
	胃瘻	有(無)	その他処置 ( )

他科受診有の場合はご記入ください。

紹介状添付の場合は病状の経過は記入不要です。  
本人様・ご家族様からの要望・不安に思われてる点などがありましたらご記入ください。

【訪問薬局】  
・当院介入に併せて介入させて頂く場合がございます。  
【現在利用中のサービス】  
・ご利用中のサービスがありましたら、訪問日程の調整の参考にさせていただきます。

【備考】	【分かる範囲でご記入をお願いします】		
	1年以内の入院歴	有(無)	無
	訪問薬局の許可	有(無)	無
	現在利用中のサービス	有(無)	デイサービス・訪問介護・その他【 】・無 有の場合→(月・金 曜日 9時 ~ 16時迄)