

訪問診療エントリーシート

内科・精神

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女		
患者氏名		生年月日	M.T. S.H	年	月 日( 歳)
住所	(〒 ) 東京都 区 電話( ) -				
主たる疾患名	BSC・DNR	既往			
キーパーソン氏名	電話( ) -	続柄	(同居・別居)		
紹介施設／部署	バックベッド 可・否	ご担当連絡先	電話( ) -		

現在の状況	自宅・入院中(医療機関名: ) 退院予定: /
	HOT、カフティポンプ 他( ) 初診希望:
	本人・家族の理解度(病状・余命など) ACP/ 在宅・紹介先・他院・未定
ADL	自立・車いす・サークル歩行・全介助 PS 0・1・2・3・4
医療保険	・国保 ( 割) / ・社保組合 ( 割) / ・後期高齢者 ( 割) 限度額適用認定証 区分 ・生活保護 (担当者 ) ・公費: 難病、マル障、自立支援、その他( )
介護保険	・要支援／要介護 ( ) ・負担割合 ( 割) 申請予定 申請中 区変中 申請なし ・保険者番号: ・被保険者番号 ・認定有効期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
居宅介護支援事業所	ケアマネ連絡先 ( ) -
訪問看護	連絡先 ( ) -
【その他】	