

新規患者様の情報依頼書

●基本患者情報

オブリガナ		性別		公費①		公費②		介護度	
患者様お名前						ご住所			
生年月日									
TEL FAX									
認知度		独居	はい・いいえ						
生活自立度		お薬手帳	あり・なし						
ジェネリック希望	あり・なし								

●ご家族構成

	第一連絡先	オブリガナ		性別			
	お名前				続柄		
	ご住所						
	ご連絡先						
	第二連絡先	オブリガナ				性別	
	お名前				続柄		
	ご住所						
	ご連絡先						
	介護状況・ご家族関係の備考				緊急時の対応		
					緊急時連絡先		

●介護体制

主治医		他院受診	
連絡先			
CM情報	事業所		担当者
連絡先			
ヘルパー情報	事業所		訪問日
連絡先			
Ns情報	事業所		訪問日
連絡先			

●患者様身体状況

主病名					
アレルギー歴	あり・なし	原因・症状			
薬剤アレルギー歴	あり・なし	原因・症状			
短期記憶		嚥下		独歩	
偏食等		飲酒		喫煙	
備考					