

新規患者ヒアリングシート

依頼日	年 月 日 ()
依頼機関	TEL
担当者	部署 氏名

患者名	カナ	生年月日	年 月 日 歳	性別	
住所	〒	自宅電話			
キーパーソン	関係 氏名	KP連絡先			
緊急度	緊急 ・ 通常	看取り希望	自宅看取 ・ 搬送 ・ 未定		

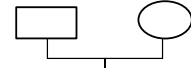
* 診断名 *	* ADL *					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	
	移動	自立	つたい歩行	歩行器	車椅子 ストレッチャー	
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	
	清潔	自立	見守り	一部介助	全介助	
	排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	
		トイレ	ポータブル	尿器	オムツ	
	* 既往歴 *	会話	可能	困難	不可	
		理解力	有	少有り	無	
		認知症状	無	有		
* 介護度 *						
申請中 要支援 / 要介護 () 区変中						

* 現在の処方 *	* 医療行為 *				
	酸素療法	睡眠時()L	安静時()L	労作時()L	
	ストーマ				
	尿道カテーテル				
	末梢点滴				
	IVH				
	胃瘻				
* 現在の所在 *	吸引	(時間毎	回/日)		
	ドレーン				
	褥瘡				
入院中	自宅	その他()			

ケアマネ	事業所名	担当者名	TEL
訪問看護	事業所名	担当者名	TEL
かかりつけ医(1)	医療機関名	医師名	診情書 ()日後 ・ なし
かかりつけ医(2)	医療機関名	医師名	診情書 ()日後 ・ なし
訪問薬剤	必要 あり (薬局名	TEL) ・ なし
その他サービス			

受容度	本人: 希望あり ・ 不明 ・ 不安	家族: 希望あり ・ 不明 ・ 不安	
ターミナル	告知あり 予後	年 月	本人のみ告知なし ・ 医師が明示していない

* メモ *	* 訪問可能スケジュール *		
		AM	PM
	月		
	火		
	水		
	木		
	金		
土			

家族構成(ジェノグラム)		医療負担割合	1割 ・ 3割
			生活保護 ・ 障害
			公費
		記載者氏名	