

患者さん情報シート

コールメディカルクリニック若松

患者さん	ふりがな	男・女	(大・昭・平・令)
	氏名		生年月日： 年 月 日 歳 TEL：
住所	〒 若松区・八幡西区 ・遠賀郡		駐車場： 停める場所：
	キーパーソン	ふりがな 続柄() 氏名 (同居・別居)	住所： 若松区・八幡西区・遠賀郡 TEL：
紹介者	() 病院・施設・ケアマネジャー・訪問看護・家族・その他		TEL：
	氏名		TEL：
かかりつけ医	病院	科	医師名：
紹介状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 主治医へ依頼済み <input type="checkbox"/> 依頼未		
現在いる場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院： <input type="checkbox"/> 施設：		
初回の診療	<input type="checkbox"/> 当日中希望 <input type="checkbox"/> なるべく早めに <input type="checkbox"/> 年 月 日希望		
病名	別表7 (あり・なし)		
訪問看護	ステーション名		
	〒		TEL： 緊急：
	訪問看護指示書発行 (あり・なし)		FAX：
ケアマネジャー	居宅介護事業所名：		ケアマネジャー氏名： (下の名前も記入すること)
	〒		TEL：
			FAX：
薬局	<input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> ご家族が薬局へ取りに行く		
	薬局名：		TEL： 緊急：
	〒		FAX：

医療デバイス	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ 内径 mm mlエア固定 最終交換： 月 日											
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 メーカー： 酸素 L投与中（鼻カニューレ・マスク）											
	<input type="checkbox"/> 呼吸器 メーカー： (CPAP・ASV・BiPAP・その他)											
	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>ボタン・チューブ</td></tr><tr><td>バルーン・バンパー</td></tr></table> Fr mm 最終交換： 月 日		ボタン・チューブ	バルーン・バンパー								
	ボタン・チューブ											
	バルーン・バンパー											
	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 Fr cm固定 最終交換： 月 日											
	<input type="checkbox"/> 栄養メニュー：(朝) (昼) (夕) 白湯：(朝) ml (昼) ml (夕) ml											
	<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル（頸部・上腕・鼠径） 留置： 月 日											
	<input type="checkbox"/> CVポート（鎖骨下・上腕） 最終フラッシュ： 月 日											
	<input type="checkbox"/> 点滴（メニュー：)											
<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（シリコン・ラテックス） 最終交換： 月 日 サイズ： Fr ml固定 cm部												
<input type="checkbox"/> ストマ（小腸・大腸） <input type="checkbox"/> その他（)												
オピオイド (医療用麻薬)	<input type="checkbox"/> 注射 薬剤名： _____ 組成： _____ml+生理食塩水 _____ml ベース： _____ml/hr (★ _____mg/日) ポアラス： _____ml (★ _____mg)	<input type="checkbox"/> 非注射 <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th>【ベース】</th><th>【レスキュー】</th></tr></thead><tbody><tr><td>オキシコンチン _____mg/日</td><td>オキノーム _____mg</td></tr><tr><td>MS コンチン _____mg/日</td><td>オプソ _____mg</td></tr><tr><td>ナルサス _____mg/日</td><td>ナルラピド _____mg</td></tr><tr><td>フェントステープ _____mg/日</td><td>アブストラル _____μg</td></tr></tbody></table>	【ベース】	【レスキュー】	オキシコンチン _____mg/日	オキノーム _____mg	MS コンチン _____mg/日	オプソ _____mg	ナルサス _____mg/日	ナルラピド _____mg	フェントステープ _____mg/日	アブストラル _____μg
	【ベース】	【レスキュー】										
オキシコンチン _____mg/日	オキノーム _____mg											
MS コンチン _____mg/日	オプソ _____mg											
ナルサス _____mg/日	ナルラピド _____mg											
フェントステープ _____mg/日	アブストラル _____μg											
病名告知	本人に <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ご家族に <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
予後告知	本人に <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ご家族に <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
主保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合保険 <input type="checkbox"/> 共済組合保険											
公費	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> その他()											
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中・更新中・変更中											
週間予定	<input type="checkbox"/> 月：	<input type="checkbox"/> 金：										
	<input type="checkbox"/> 火：	<input type="checkbox"/> 土：										
	<input type="checkbox"/> 水：	<input type="checkbox"/> 日：										
	<input type="checkbox"/> 木：	<input type="checkbox"/> 現時点では不定										
ご家族の情報		メモ										
退院予定日	R 年 月 日	午前・午後 時										