





アセスメントシート

恐れ入りますが、下記に必要事項を記入いただき、FAX もしくは E-mail にてご送付ください。内容確認しえから、当クリニックより速やかにご連絡をさせていただきます。

連携情報

事業所名 : 湊川ファミリークリニック 〒652-0047 兵庫県神戸市兵庫区下沢通 3-1-25 グロウメディカルビル 5F		事業所名 :
担当者名 乾 順子・ 馬 艶 info@minatogawa-cl.com		ご担当者様
電話番号 090-3974-3966		電話番号
FAX 078-945-8995		FAX

連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話をしたい <input type="checkbox"/> 電話でお伝えします <input type="checkbox"/> 文書で回答します (<input type="checkbox"/> この文書 <input type="checkbox"/> 別紙) 月 日 時頃に (<input type="checkbox"/> ご来訪ください <input type="checkbox"/> 電話をください <input type="checkbox"/> 電話をします) あるいは 月 日 時頃に (<input type="checkbox"/> ご来訪ください <input type="checkbox"/> 電話をください <input type="checkbox"/> 電話をします) <input type="checkbox"/> 詳細な情報を FAX してください。
連絡事項	■緊急度 : 3 日以内 本日 大至急    ■訪問診療を希望する理由 ■その他

患者様情報

フリガナ				性別	生年月日	
患者氏名	様			男・女	年	月 日生 (歳)
住所	〒 —					
患者様連絡先	() —					
医療受給者証	あり ・ なし ・ 不明	生活保護		あり ・ なし		
要介護認定	未認定 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5					
自立度 (障害)	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
自立度 (認知)	自立 ・ I ・ Iia ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V					
主病名						
現在の療養場所	在宅療養中 ・ 入院または入所中(施設名： 退院予定日)					
医療要求度 (必要とされる医療行為)	・ 末梢点滴 ・ 中心静脈栄養 ・ 持続皮下注 ・ インスリン皮下注射 ・ 麻薬による疼痛管理 ・ 酸素投与 ・ 尿道留置カテーテル ・ 胃瘻 ・ 人工肛門管理 ・ 褥瘡 ・ その他 ()					
ご家族様 (キーパーソン) 連絡先	フリガナ 氏名	続柄	同別居	住所	〒 —	
			同居 ・ 別居	連絡先	() —	
				日中連絡先 (携帯電話)	() —	
当院からの今後の連絡先	<input type="checkbox"/> 患者様ご本人 <input type="checkbox"/> ご依頼者様 <input type="checkbox"/> その他連絡先 ※下記に詳細を記入。 お名前： ご住所： 連絡先： () — 患者様とのご関係：					
当院へ提供可能な情報書類	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(2級以上のもの) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) 【医療減額証等】 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 限度額認定 <input type="checkbox"/> 一部負担金助成 <input type="checkbox"/> お薬情報(お薬手帳コピー) <input type="checkbox"/> その他 () (可能であれば、上記情報書類のコピーを当院へFAXをお願いいたします。)					