

患者情報シート

ご依頼者様		
医療機関・事業所名		
連絡先		
ふりがな		
患者様氏名		
生年月日	M・T・S・H	年 月 日生
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
年齢	歳	
訪問先住所	〒 -	
連絡先	自宅	
	携帯	
既往歴		
手術歴		
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()	
キーパーソン	氏名	
	緊急連絡先	自宅
		携帯
診療希望 開始日		
内服薬		
	月 日までお薬あります	
必要な処置	<input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> バルーンカテ(Fr)	
	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置	
	<input type="checkbox"/> 胃瘻栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 麻薬	
現在ご利用中・今後ご利用するサービス		
訪問看護ステーション		
居宅介護支援事務所		
備考欄		

下記まで送付して下さい。

関山医院 宛

FAX:048-878-7035