

# 在宅医療連携患者登録シート ver.2

記載日 平成 年 月 日

患者氏名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	登録No.	
		<input type="checkbox"/> 女	登録日 平成 年 月 日	
患者住所			自宅TEL	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳 )	他の連絡先		
主治医	医療機関名			
	TEL	FAX	携帯	
ケアマネジャー	事業所名			
	TEL	FAX	携帯	
訪問看護ステーション	事業所名			
	TEL	FAX	携帯	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )			
	氏名	続柄	同居・別居	家族に関する特記事項
主介護者				
キーパーソン				
介護協力者				
病名				
既往歴				
現病歴概要				
主な内服薬				
必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 経腸栄養	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> インスリン
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	
終末期の方針	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	説明内容:			
その他の状況	感染症 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	アレルギー : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	聴覚障害 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	視力障害 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	意思の疎通 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 簡単な事のみ可 <input type="checkbox"/> 不可			
	認知症 : 短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり			
認知症の周辺症状 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				