

新規依頼患者受付票

矢野医院 FAX:03-6804-0847

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

患者氏名：^{ふりがな} _____ 年齢： _____ 歳

生年月日：M・T・S _____ 男性・女性

ご住所： _____

電話番号： _____

キーパーソン： _____ tel: _____ 支払い： 本人・キーパーソン

支援事業所： _____ ※導入されているものをご記入ください。

担当ケアマネジャー： _____

訪問看護ステーション： _____

訪問介護： _____

デイサービス・デイケア _____

かかりつけ医： _____

現病歴/既往歴 _____ ※分かる範囲で構いません。

医療保険種類： 後期・国保・社保 負担割合： _____ 割

その他： 特定難病・限度額・生活保護 _____

介護保険：要介護 1・2・3・4・5 _____ 要支援 1・2 _____ 未申請・申請中

負担割合： _____ 割

認知機能低下： あり・なし _____

現在のADL：独歩・杖・歩行器・車椅子 その他 (_____)

食事形態：米飯・軟飯・全粥・全粥ゼリー・全粥ミキサー _____

常菜・軟菜・きざみ(大)・きざみ(小)・ペースト・ムース・ゼリー

<<今後の対応>>

<<特記事項>>