

在宅ケアクリニック杉並南部 情報連携シート

情報提供日: 年 月 日

貴院名:

ご担当者名:

ご連絡先:

フリガナ	性別	生年月日	年齢
患者氏名	男・女	M・T・S・H 年 月 日	歳
住所: 〒			
電話番号:		携帯番号:	
医療保険	保険者番号	記号:	番号:
	資格取得日: H R 年 月 日	有効期限: R 年 月 日 ~ R 年 月 日	
	自己負担割合: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		限度額認定証: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
公費負担など	公費負担者番号:		割合: 割
	公費受給者番号:		
	有効期限: R 年 月 日 ~ R 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患 () <input type="checkbox"/> 障害受給者証 ()		
介護保険	申請状況: 未申請・申請中・申請済み		申請中の方の申請日:
	要介護状態区分		認定日: 年 月 日
	要支援 1・2	有効期限: R 年 月 日 ~ R 年 月 日	
	要介護 1・2・3・4・5	負担割合: 割	
経済状況・助成など	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> その他()		
病名告知: 本人への告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / ご家族への告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
予後告知: 本人への告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / ご家族への告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
状態悪化時の受け入れ先: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院名・施設名) 担当者:			
DNAR: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未 ADL: 自立・一部介助・全介助			
家族背景: 独居・同居 (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他) 居住地:			
キーパーソン:氏名		(族柄)	電話番号:
住所:		携帯番号:	
退院(予定)日: 年 月 日・未定・在宅中			
退院カンファレンス: なし・あり (月 日)・未定			
訪問看護師: <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (事業所名)			
CM: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (事業所名:) 担当者:			
その他・特記事項			

