

ふりがな 患者様氏名		男 女	生年月日 明・大・昭・平	( ) 年 月 日生	（ 歳）
訪問先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院	駐車場 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	訪問先住所			電話番号
申込者様氏名		続柄・関係	電話番号	ご請求先 <input type="checkbox"/> 訪問先 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
キーパーソン名		続柄・関係	電話番号	ご住所	
ケアマネージャー様氏名		事業所名		電話番号	F A X
どうなさいましたか？					
前回治療を受けられたのは		<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 外来 ( 年 ヶ月前) (医院名 )			
介護保険		<input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 持っていない			
意思疎通		<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能			
今までに大きな病気をされたことは？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 年頃 ) ( 年頃 )			
現在も含めて今までにかかった病気は？		高血圧、狭心症、不整脈、心不全、脳血管疾患、糖尿病、喘息、慢性気管支炎、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、透析中腎疾患、肝疾患、胃腸障害、癌 ( )、骨粗鬆症、自己免疫疾患、精神疾患、逆流性食道炎、関節リウマチ、その他 ( )			
肺炎の既往は？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 繰り返しある			
現在飲んでいる薬は？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> お薬手帳もある <input type="checkbox"/> 血液サラサラの薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症薬 <input type="checkbox"/> 精神疾患薬 <input type="checkbox"/> ステロイド お薬手帳はない (薬： )			
かかりつけ内科医は？					
アレルギーは？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 歯科麻酔 <input type="checkbox"/> 薬 ( ) <input type="checkbox"/> 食品 (牛乳、キウイ) <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
訪問可能時間について		<input type="checkbox"/> 月曜 ( ) <input type="checkbox"/> 火曜 ( ) <input type="checkbox"/> 水曜 ( ) <input type="checkbox"/> 木曜 ( ) <input type="checkbox"/> 金曜 ( ) <input type="checkbox"/> 土曜 ( )			
その他、気になることやお伝えしておきたいこと、またご希望がございましたらご記入下さい					

訪問時に、保険証のコピー、介護保険被保険者証のコピー、介護保険負担割合証のコピー、看護サマリー（病歴や訪問に至った理由がわかるもの）、コップを用意しておいてください。また、初診時にはご家族の方が同席していただけると幸いです。