患者様 情報チェックシート

事業所	事業所名	
	担当ケアマネージャー	氏名
	連絡先	事業所　　担当ケアマネージャー 携帯電話
	診療希望開始日	年　　月　　日

患者様情報	フリガナ						
	患者様氏名						
	生年月日	M･T･S･H　　年　　月　　日	性別	男 ・ 女	年齢	歳	
	住所						
	家族構成	☐ 独居　☐ 同居あり（　　）					
	キーパーソン	氏名　　緊急連絡先					
	介護度						
	現在の医療機関名						
	現病名						
	既往症						
	手術歴						
	内服薬	※現在服用中のお薬が切れる時期　　月　　日					

医療行為	
頻回訪問	☐ 必要なし　☐ 必要あり（理由　　）
在宅酸素	☐ 無　☐ 有　業者:　　機種:　　L機　ボンベ:無・有
胃瘻	☐ 無　☐ 有　品名:　タイプ:（バルン・バンパー）　形状:（ボタン・チューブ） サイズ:　Fr　cm　交換頻度:　回/　最終交換日:　/
ストマ	☐ 無　☐ 有　タイプ:（1P ・ 2P）交換頻度:　回/
バルーン	☐ 無　☐ 有　サイズ:　Fr　交換頻度:　回/　最終交換日:　/
麻薬	☐ 無　☐ 有（薬品名　　）
その他	

生活状況	食事	☐ 自立　☐ 時間はかかるが自立　☐ 一部介助　☐ 全介助
	排泄	☐ 自立　☐ 時間はかかるが自立　☐ 一部介助　☐ 全介助
	移動	☐ 自立　☐ 時間はかかるが自立　☐ 一部介助　☐ 全介助
	皮膚	【褥瘡】　☐ 無　☐ 有
	伝達	【認知症】☐ 無　☐ 有（ 日常生活に支障　☐ あり　☐ なし ）