

新規患者ヒアリングシート

依頼日	月	日	()
依頼機関	TEL		
担当者	部署	氏名	

患者名	カネ	生年月日	年	月	日	歳	性別
住所	〒	自宅電話					
キーパーソン	関係	氏名	KP連絡先				
緊急度	緊急 ・ 通常	看取り希望	自宅看取 ・ 搬送 ・ 未定				
* 診断名 *	* ADL *						
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
	移動	自立	つたい歩行	歩行器	車椅子	ストレッチャー	
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助		
	清潔	自立	見守り	一部介助	全介助		
	排泄	自立	見守り	一部介助	全介助		
* 既往歴 *	会話	可能	困難	不可			
	理解力	有	少有り	無			
	認知症状	無	有				
	* 介護度 *						
* 現在の処方 *	申請中						
	要支援 / 要介護 ()						
	区変中						
	* 医療行為 *						
	酸素療法 睡眠時()L 安静時()L 労作時()L						
	ストーマ						
	尿道カテーテル						
	末梢点滴						
	IVH						
	胃瘻						
吸引 (時間毎 回/日)							
* 現在の所在 *							
入院中 自宅							
ドレーン							
褥瘡							
その他()							
ケアマネ	事業所名					担当者名	
訪問看護	事業所名					担当者名	
かかりつけ医(1)	医療機関名		医師名		診察書	()日後 ・ なし	
かかりつけ医(2)	医療機関名		医師名		診察書	()日後 ・ なし	
* その他業者 *							
受容度	本人: 希望あり ・ 不明 ・ 不安			家族: 希望あり ・ 不明 ・ 不安			
ターミナル	告知あり	予後	年	ヶ月	本人のみ告知なし ・ 医師が明示していない		
* メモ *							
* 訪問可能スケジュール *							
AM PM							
月							
火							
水							
木							
金							
土							
家族構成(ジェノグラム)							
医療負担割合							
1割 ・ 3割							
生活保護 ・ 障害							
公費							
記載者氏名							

利用中の介護サービス 要介護認定

居宅支援			担当者
訪問看護	週	回	
訪問リハ	週	回	
通所介護	週	回	
訪問入浴	週	回	
訪問診療	週	回	

週間スケジュール

	AM	PM
月		
火		
水		
木		
金		
土		
日		

	確認サイン	日付
紹介元へのお礼状		
初回診療報告書		
終了診療報告書		