受付日：　　　　年　　　月　　　日

**新患受付表**

医療法人社団　壮仁会

**西東京あゆみクリニック**

〒188-0011東京都西東京市田無町3-3-14- 201号
TEL：042-463-8655　FAX：050-3588-2074

○お手数ですが分る部分でかまわないのでご記入をお願い致します。



**ふりがな**

**氏名**　　　　　　　　　　　　　　様（男・女）　**生年月日**　Ｍ，Ｔ，Ｓ，Ｈ　　　年　　月　　日（　　才）

　　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（建物名：　　　　　　　　　　　）

**住所**（駐車場：　　有　　・　　無　　　）

**電話番号**　　　　　　　　　　　　**携帯番号**　**キーボックス**

**TEL ①**

**ＫＰ：氏名**　　　　　　　　　　　様（続柄　　　　） **TEL ②携帯番号**

**家族構成　 記入例**

**介護保険**　　未申請・申請中・申請済み　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　◎　　◎＝本人

要支援　1　2　 　要介護　1　2　3　4　5　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□=KP

同居

**医療保険**　　後期：（1割・3割）　　国保：（本人・家族）

社保：（本人・家族）

生保：市の担当者名

公費：マル障・マル都　　（どちらかをお持ちの場合○をしてください）　（負担あり・負担なし）

**現在**：　自宅・施設（施設名　　　　　　　　）・入院中（退院予定日　　月　　日）退院日（　　月　　日）

**主たる傷病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　既往歴**

* （　　　　　年）
* （　　　　　年）
* （　　　　　年）
* （　　　　　年）
* （　　　　　年）

・

・

・

・

・

**ADL：**歩行　・　伝い歩き　・　つかまり立ち　・　ベッド上**認知症：**軽　・　中　・　重度

**必要物品：**経管栄養（　胃瘻　・　経鼻　）（　　　　Fr）※現在使用中の栄養剤名（　　　　　　　　　　　）

　　　　　　尿道カテーテル　（　有　・　無　）　★（　　　　　Fr）

　　　　　　気管カニュラ　（　有　・　無　）　★（製品名：　　　　　　　　）（品番：　　　　　　　　　）

　　　　　　酸素　（　有　・　無　）　★（現在ご使用の会社名：　　　　　　　　）（現在：　　　Ｌ）

　　　　　　インスリン　（　有　・無　）　★（現在使用のインスリン名:　　　　　　　　　　　　　　　）

★単位（　)-(　)-(　)-(　）

**↪**血糖測定　（　有　・　無）　★**針**（メーカー名:　　　　　　　　　　品名：　　　　　　　　　　　　　　）

**★チップ**（メーカー名　　　　　　　　　　品名:　　　　　　　　　　　　　　　　）

※　★の（　）は分かればご記入ください

* **かかりつけの病院　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

診療科：　　　　　　　　科　　担当医：　　　　　　　　　　　MSW:

今後の通院　　有　・　　無

* **ケアマネージャー**

事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：

TEL：

* **訪問看護ステーション**　　（　　有　　・　　無　　）

事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：

TEL:

訪問日：　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日

* **ヘルパー**（　　有　　・　　無　　）

事業所名：

訪問日：　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日

* **デイサービス**（　　有　　・　　無　　）

施設名

通所日：　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　　（通所時間：　　　時～　　　　時）

* **入浴サービス**( 　　有　　・　　無　　)

事業所名

訪問日：　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　　（時間帯：　　　時～　　　　時）

* **リハビリ**（　　有　　・　　無　　）

事業所名　/　施設名

訪問日：　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日

□　**訪問可能日**　（ ）

※**お薬のアレルギー**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※**お薬：訪問服薬　or お渡し**（薬局名：　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　　　）

**残薬：**　　　日分（　　　月　　日時点）

※**その他・要望などございましたらご記入ください**