

# アセスメントシート

【返信FAX番号】 0798-31-3767

恐れ入りますが、下記に必要事項を記入いただき、FAXにてご送付ください。

FAX到着後、当クリニックより下記連絡先へご契約についての連絡をさせていただきます。

フリガナ 患者氏名					性別	生年月日	
	様				男・女	年	月 日生 ( 歳)
住所	〒 —						
患者様 連絡先	( ) —						
医療受給者証	あり・なし・不明	生活保護		あり・なし			
要介護認定	未認定・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5						
自立度 (障害)	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
自立度 (認知)	自立・I・Iia・Iib・IIIa・IIIb・IV・V						
主病名							
現在の療養場所	在宅療養中・入院または入所中(施設名: ) 退院予定日 )						
医療要求度 (必要とされる 医療行為)	末梢点滴・中心静脈栄養・胃瘻/腸瘻・酸素投与・人工呼吸器・気管切開 膀胱留置カテーテル・持続皮下注(医療用麻薬等)・その他( )						
ご家族様 (キーパーソン) 連絡先	フリガナ 氏名	続柄	同別居	住所	〒 —		
			同居・別居	連絡先	( ) —		
				日中連絡先 (携帯電話)	( ) —		
当院からの 今後の連絡先	<input type="checkbox"/> 患者様ご本人 <input type="checkbox"/> ご依頼者様 <input type="checkbox"/> その他連絡先 ※下記に詳細を記入。 お名前: ご住所: 連絡先: ( ) — 患者様とのご関係:						
当院へ提供可能な 情報書類	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(2級以上のもの) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) <b>【医療減額証等】</b> <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 限度額認定 <input type="checkbox"/> 一部負担金助成 <input type="checkbox"/> お薬情報(お薬手帳コピー) <input type="checkbox"/> その他( ) <b>(可能であれば、上記情報書類のコピーを当院へFAXをお願いいたします。)</b>						
ケアマネージャー様 情報	施設名						
	担当者様						
	連絡先	( ) —					
【備考】 その他 フリー記載欄							