

みなとホームケアクリニック 情報連携シート

情報提供日: 年 月 日

貴院名:

ご担当者名:

ご連絡先:

フリガナ	性別	生年月日	年齢
患者氏名	男・女	M・T・S・H 年 月 日	
住所: 〒			
電話番号:			
医療保険	医療保険番号:	記号・番号:	有効期限:
	自己負担割合: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
	限度額認定証: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
経済状況・助成など	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> その他()		
公費負担など	公費負担者番号:	割合:	割
	公費受給者番号:	有効期限:	
	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患() <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳		
介護保険	申請状況: 未申請・申請中・申請済み	認定日:	年 月 日
	要介護状態区分	有効期限:	年 月 日
	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
病名告知: 本人への告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ご家族への告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
予後告知: 本人への告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ご家族への告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
DNAR: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未			
家族背景: 独居・同居 (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他)			
キーパーソン:		連絡先:	
ADL: 自立・一部介助・全介助			
退院(予定)日: 年 月 日・未定・在宅中			
カンファレンス開催: なし・あり(月 日)・未定			
訪問看護師: <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(事業所名)			
CM: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(事業所名:) 担当者:			
急変時の受入確認: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病院名・施設名) 担当者:			
その他・特記事項			

