

くわた脳神経内科・在宅クリニック
在宅診療 事前確認票（該当項目は□→■へ変更してください）

① 患者様情報

氏名（ふりがな）： _____ 性別： ☐ 男 ☐ 女

生年月日（西暦）： _____

住所： _____

自宅電話： _____ 携帯電話： _____

医療保険の種別： ☐ 後期高齢者医療 ☐ 国保 ☐ 被用者保険（健康保険組合、共済、協会けんぽ）

☐ 生活保護 ☐ その他（ _____ ）

医療費自己負担： ☐ 0割 ☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割

医療費の月額上限（高額療養費制度）： _____ 円／月

公費負担制度

☐ 身体障害者手帳（ _____ 級）

☐ 重度障害者医療証

☐ 難病（指定難病名： _____ ）

☐ 小児慢性特定疾病

☐ 自立支援医療（精神通院・育成・更生）

☐ 生活保護 ☐ その他（ _____ ）

② 支援者・紹介元情報

キーパーソン続柄： _____

キーパーソン住所： _____

キーパーソンの連絡のつく電話番号： _____

紹介元（病院・施設名）： _____

紹介元氏名： _____

紹介元電話番号： _____

③ ケアマネ、介護状況

初回訪問希望： ☐ 至急（1週間以内） ☐ 調整可能（ 月 日頃まで）

現在の居場所： ☐ 自宅 ☐ 入所施設（施設名： ） ☐ 入院中（病院名： ）

入院期間（あれば）： 年 月 日 ～ 年 月 日

退院予定日： 年 月 日

在宅診療依頼の理由：

介護保険認定区分：

☐ 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

☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 更新・変更手続き中

ケアマネ氏名

ケアマネ事業所名

ケアマネ電話番号

介護保険（認定済なら）自己負担： ☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割

④ 診療歴：紹介状添付ありなら省略可。

病名①：

発症時期：

かかりつけ病院名： 診

療科・主治医名：受診

頻度・治療状況：

病名②：

発症時期：

かかりつけ病院名：

診療科・主治医名：受

診頻度・治療状況：

主な病名③：

発症時期：

かかりつけ病院名： 診

療科・主治医名：受診

頻度・治療状況：

⑤ 医療処置・症状・服薬

医療処置：

☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開 ☐ 胃瘻・経鼻 ☐ バルーン ☐ CVポート ☐ 人工呼吸器

☐ 麻薬（経口・貼付・皮下注） ☐ インスリン ☐ ストマ ☐ その他（ ） ☐ 無

現在の症状（自由記述）：

処方薬情報：お薬手帳コピー添付、残薬いつまでありますか？（ ）

かかりつけ薬局（ ）

かかりつけ薬局の訪問サービス ☐ あり ☐ なし

⑥ ADL・認知機能

身体機能：☐ 寝たきり ☐ 車いす ☐ 伝い歩き ☐ 介助歩行 ☐ 独歩 ☐ 座位保持可

意思疎通：☐ 可能 ☐ 簡単な会話は可 ☐ 困難

食事・水分摂取状況（内容・量）：（ ）

⑦ 本人・家族の理解と意向

病名告知：☐ 有 ☐ 無

予後説明：☐ 有 ☐ 無（特記事項： ）

本人の病気の理解度：☐ 理解している ☐ 理解していない

家族の病気の理解度：☐ 理解している ☐ 理解していない

最期のときをどこで迎えたいか：

本人：☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 未定 家族：☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 未定

⑧ 家族構成・支援状況

同居家族： ☐ 配偶者 ☐ 娘（ ） ☐ 息子（ ） ☐ 父 ☐ 母 ☐ その他（ ）

介護者（主な支援者）：

同居外の支援体制：

他の家族構成：

社会的留意点：

☐ 独居 ☐ 老老介護 ☐ 日中独居 ☐ 認知症 ☐ 経済的困難 ☐ その他（ ）

⑨ 現在のサービス利用状況・頻度

☐ 訪問看護（ ） 訪問看護24h： ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 訪問薬剤指導（ ）

☐ 訪問リハ（ ） ☐ ヘルパー（ ） ☐ デイ／通所系（ ）

☐ ショートステイ（ ） ☐ レスパイト入院（ ） ☐ その他（ ）

☐ 利用していない ☐ 調整中

⑩ 週間サービス予定

月曜日：午前（ ） 午後（ ）

火曜日：午前（ ） 午後（ ）

水曜日：午前（ ） 午後（ ）

木曜日：午前（ ） 午後（ ）

金曜日：午前（ ） 午後（ ）

土曜日：午前（ ） 午後（ ）

日曜日：午前（ ） 午後（ ）

☐ 不定期あり（備考： ）

⑪ その他

近隣駐車場： ☐ 有 ☐ 無 停める場所：

訪問先住所：□ ①と同じ □ その他（〒

自己負担支払い方法：銀行口座引き落とし ☒ 可 ☐ 不可

その他特記事項（任意）：