

## 在宅診療 事前確認票

患者様ご本人について				
ふりがな		男 ・ 女	大正・昭和・平成	
お名前			年 月 日生( 歳)	
			身長( )cm・体重( )kg	
ご住所	〒		電話	自宅
				携帯
			マイナンバーカード あり ・ なし	
本確認票の記入者について				
お名前		(あれば) 所属名		

**【必要書類チェック欄】** 本確認票と下記書類を揃え、当院へFAX (06-6718-5351) をお願いいたします。

- 保険証のコピー
- お薬手帳のコピー
- 介護保険被保険者証のコピー
- 介護保険負担割合証のコピー
- 特定医療費受給者証のコピー
- 入院中・外来受診中の患者様：紹介状、(あれば画像データもお願いいたします。)
- 難病の患者様：臨床検査個人票のコピー

### ①患者様情報について

#### 1.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 ( \_\_\_\_\_ )

#### 2.医療費自己負担

- 0割     1割     2割     3割

#### 3.医療費の上限額 (高額療養費制度)

\_\_\_\_\_円/月

#### 4.公費負担制度

身体障害者手帳（障害の種類：

療育手帳（ A ・ B1 ・ B2 ） 精神障害者保健福祉手帳（ 級）

重度障害者医療証 難病（指定難病名：

小児慢性特定疾患 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・紹介元情報について

##### 1.キーパーソンお名前・続柄・ご職業

名前： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ 職業： \_\_\_\_\_

##### 2.キーパーソンご住所

〒 \_\_\_\_\_

##### 3.キーパーソンの連絡のつく電話番号

\_\_\_\_\_

##### 4.キーパーソンの連絡のつく曜日・時間帯

\_\_\_\_\_

##### 5.紹介元（病院名：施設名）

\_\_\_\_\_

##### 6.紹介元電話番号

\_\_\_\_\_

#### ③ケアマネ・介護状況について

##### 1.初回の訪問診療希望日

至急（1週間以内） 調整可能（ 月 日頃まで）

##### 2.患者様の現在のお住まい

ご自宅

入所施設（施設名： \_\_\_\_\_ ） 入院中（病院名： \_\_\_\_\_ ）

3. (あれば) 入院期間

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日～ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

4. 退院予定日

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

5. 当院へ在宅診療をご依頼した理由

\_\_\_\_\_

6. 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

7. 事業所についての情報

事業所名： \_\_\_\_\_ 事業所番号： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

担当者名・ケアマネ氏名： \_\_\_\_\_

8. (認定済であれば) 介護保険自己負担

0割      1割      2割      3割

④診療歴について (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・主治医氏名： \_\_\_\_\_

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・主治医氏名：

---

受診頻度・治療状況：

---

病名③：

---

発症時期：

---

かかりつけ病院名：

---

診療科・主治医氏名：

---

受診頻度・治療状況：

---

### ⑤医療処置・症状・服薬について

#### 1.医療処置

- なし    在宅酸素    気管切開    胃ろう・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（

---

）

#### 2.現在の症状

---

#### 3.処方薬情報（お薬手帳のコピーを添付してください。）

#### 4.いつまで残薬があるか

---

#### 5.かかりつけ薬局名

---

#### 6.かかりつけ薬局の訪問サービス

- あり    なし

## ⑥ADL・認知機能について

### 1.身体機能

寝たきり    車イス    伝い歩き    介助歩行    独歩    座位保持可

### 2.意思疎通

可能    簡単な会話は可    困難

### 3.食事・水分摂取状況

(内容・量)

---

## ⑦ご本人・ご家族の理解と意向について

### 1.ご本人・ご家族への病名告知

告知済    告知未

### 2.ご本人・ご家族への予後説明

説明済    説明未    (特記事項： )

### 3.ご本人の病気への理解度

理解している    理解していない

### 4.ご家族の病気への理解度

理解している    理解していない

### 5.最期のときをどこで迎えたいか

ご本人の考え：自宅    病院    未定

ご家族の考え：自宅    病院    未定

## ⑧家族構成・支援状況について

### 1.同居家族

配偶者    息子 ( 男 )    娘 ( 女 )    父    母    その他 ( )

### 2.主たる介護者

---

### 3.同居家族外の支援体制

---



ご記入いただきありがとうございます。

本確認票と1頁目に記載の必要書類をご準備の上、当院へFAXをお願いいたします。

くわた脳神経内科・在宅クリニック

〒546-0011 大阪市東住吉区針中野2-11-8 ルミエール中野1階

Tel : 06-6718-5350      **Fax : 06-6718-5351**



**【当クリニック確認欄】**

- 在宅診療同意書・申込書
- 居宅療養管理指導契約書
- 居宅療養管理重要事項説明書
- 急変時における医療ケアに関する意思確認書
- 個人情報使用同意書
- 在宅診療金額説明書
- 診療費の口座振替書