

### 在宅診療 事前確認票 (紹介状なし)

患者様ご本人について				
ふりがな		男	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	
書類郵送先ご住所		<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ <input type="checkbox"/> 異なる (下記に記入)		
〒				
本確認票の記入者について				
お名前		(あれば) 所属名		
キーパーソンについて				
氏名		続柄	職業	
			電話番号	
介護事業所について				
事業所名		事業所番号		
ケアマネ氏名		電話番号		

**【必要書類チェック欄】 本確認票と下記書類をご準備ください。**

- 保険証     お薬手帳     介護保険被保険者証     介護保険負担割合証
- 特定医療費受給者証     難病の患者様：臨床検査個人票
- 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。)



本確認票の記入日： 年 月 日

- ・ 患者様ご自宅近隣の駐車場： 有     無
- ・ 訪問先住所： 上記と同じ     異なる (下記に記入)

〒



#### 4.退院予定日

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

#### 5.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

#### 6.（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

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： \_\_\_\_\_



#### 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

---

#### 4.他の家族構成

---

#### 5.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現在のサービスについて

#### 1.利用状況

利用していない 調整中

訪問看護（事業所名： ） → 24時間対応 可 不可

訪問薬剤指導（事業所名： ）

訪問リハ（事業所名： ）

ヘルパー（事業所名： ）

デイ/通所系（事業所名： ）

ショートステイ（事業所名： ）

レスパイト入院（事業所名： ）

#### 2.上記サービスの利用頻度

---

**⑩その他特記事項**

---

---

ご記入いただきありがとうございました。

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**