

ひまわり在宅クリニック【ご質問票】

*わかる範囲で結構ですのでご記入をお願いいたします。

ふりがな		さま	〒 -	
患者氏名		男 様 女	住所	
生年月日 年 月 日 ()歳		連絡先TEL () 氏名 続柄		
現在の療養場所 <input type="checkbox"/> 入院中(入院先:) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名:)				
キーパーソン	お名前	続柄	同居/別居(居住場所)	連絡先
	①		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()	()
	②		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居()	()
現在のかかりつけ医療機関		担当科	担当医	連携室
病名				
現在の症状	<input type="checkbox"/> 痛み(程度・場所) <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 腹部不快 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 膨満感 <input type="checkbox"/> その他()			
生活の状況	・日中横になっている時間(時間) ・食事(<input type="checkbox"/> 自立 / <input type="checkbox"/> 介助) ・排泄(<input type="checkbox"/> 自立 / <input type="checkbox"/> 介助) ・入浴(<input type="checkbox"/> 自立 / <input type="checkbox"/> 介助) ・移動(<input type="checkbox"/> 自立 / <input type="checkbox"/> 介助) その他:			
これまでの主な治療経過(入退院など)	時期	治療経過		
最近、病気について担当医からどんな説明を受けましたか？				
ご希望事項	<input type="checkbox"/> 在宅での訪問診療・往診をしてほしい。			
	<input type="checkbox"/> 在宅医療の説明を聞きたい。			
	<input type="checkbox"/> 緩和ケアについて相談したい。			
	<input type="checkbox"/> その他ご要望など			
介護保険	要介護度認定(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 担当ケアマネジャー:事業所名()担当者() 患者様の現在の状況についてケアマネジャーと情報共有をしてもよろしいですか? (はい ・ いいえ)			