

■ 訪問診療事前アンケート

清瀬診療所

記入できる範囲で結構です。面談時にお持ちください。

お名前				性別	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢
ご住所				駐車場	あり なし
お電話			携帯		

1 患者さんのご病気について

①現在の病名	
②今までの病気	
③内服薬	※お薬手帳等をお持ちいただければご記入いりません。
④皮膚症状	※湿疹や褥瘡（床ずれ）などあればご記入ください。
⑤感染症	

2 介護保険について

介護認定	あり	なし	→	申請の予定	あり	なし			
介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
ケアマネージャー	事業所								
	担当者								
	電話								
	FAX								

3 サービスのご利用について

①訪問看護	あり	事業所名
	なし	曜日・時間など
②訪問薬剤	あり	事業所名
	なし	曜日・時間など

③ヘルパー	あり	事業所名
	なし	曜日・時間など
④デイサービス等	あり	事業所名
	なし	曜日・時間など
⑤その他		

1週間の予定	午前	午後
月		
火		
水		
木		
金		
土		
日		

4 生活のご様子

①同居されているご家族

続柄	年齢	お名前

②介護の中心となる方

お名前	
ご連絡先	

③その他

入浴	自立	見守り	援助	全介助	
排泄	自立	見守り	援助	全介助	おむつ・ポータブルトイレ
食事	自立	見守り	援助	全介助	
移動	自立	見守り	援助	全介助	車いす・歩行器・杖使用
睡眠	布団	ベッド	良好	不良	