

申込日：平成 年 月 日

利用者	氏名	生年 月日	M・T・S	年	月	日	歳	男・女	
	住所							TEL	
申込者	氏名	続柄				TEL			
	住所	□同上 □他（ ）							
病名									
現在の かかりつけ医	（ ） □医院 □クリニック □病院（ ）科								
	主治医名（ ） 医師								
経過	お分りの範囲でご記入下さい。								
ADL	□寝たきり・□車椅子(移乗 □自力 □介助)・□杖歩行・□その他（ ）								
食事 摂取状況 栄養管理	状況	□胃瘻 □胃管 □中心静脈栄養(□CV □ポート) □末梢点滴 □その他（ ）							
	形態	□米飯 □全粥 □ミキサー食 □その他（ ）							
同居家族	無 ・ 有 (続柄)		キーパーソン氏名						
介護度	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		申請中		未申請		
ケアマネ ジャー	氏名							TEL	
	事業所名								
利用状況 事業所名 曜日など	□訪問看護	(事業所名	曜日)	□デイサービス	(事業所名	曜日)			
	□ヘルパー	(事業所名	曜日)	□ショートステイ	(事業所名	曜日)			
	□訪問入浴	(事業所名	曜日)	□訪問リハビリ	(事業所名	曜日)			
	□その他	()							
緊急性	□急ぐ □急がない								
残薬	() 日分 不明								
保険情報	種別	□国保 □社保 □生活保護 □その他（ ）							
	減免	□身体障害 □特定疾患 □その他（ ）							
要望	急変時	□CPR □DNR							
	癌の場合	抗癌剤の使用	□あり □なし	※当院で抗癌剤の処方はありません					
		鎮静剤の使用	□あり □なし						
看取りの場合	使用薬剤								
備考	□在宅 □施設 □病院 □その他（ ）								