

新患受け入れ相談シート

(記入者 年 月 日)

フリガナ	
【名前】	
【性別】	男・女 (どちらかに○をつける)
【生年月日】	大正・昭和・平成 年 月 日
【住所】	広島市
【電話番号】	
【家族構成】	
【キーパーソン】	

【連絡者】		
【病院】		
【かかりつけ医】	Dr.	
【ケアマネ】		
【訪問看護】	訪問看護ステーション	
【薬局】		
【病名】		
【現在】	入院中 (退院予定日 月 日) ・ 外来通院中	
【経過】		
【患者の要望】		
【処置】	点滴 (無・有)	抹消・皮下・IVH (内容:)
	酸素 (無・有)	リットル (会社名:)
	バルーン (無・有)	容量 ml 、 サイズ: ml
	胃婁 (有・無)	その他の処置 ()

【要支援・要介護】	
【その他】	

