

天草まつもとクリニック 新規患者依頼(申し込み)書

(医療者用のため分かる範囲で結構です)

依頼日 R7 年 9 月 8 日

依頼者名	大阜 太郎
職種	CM・Ns・MSW 家族 本人・その他 ()
所属	大阜まつもとクリニック
TEL・FAX	0969-24-5100

フリガナ 患者氏名	大阜 化子	☐ 男 ☐ 女	生年月日	1960 年 8 月 7 日 (65 歳)
診断名	肺がん	住所	大阜市本町※※※	
経過	電話番号			
平成〇〇年CT検査にて診断、腫瘍摘出術（右肺切除）を実施した。〇〇年に再発あり化				

元のかかりつけ医	〇〇胃腸科	希望内容
※申込みが医療機関の場合、診療情報提供書を添付ください		☒ 緩和ケア(麻薬投与など) ☐ 人工呼吸管理 ☒ 在宅酸素療法
		☐ ドレナージ ☐ 褥瘡・創傷治療 ☐ 精神療法
		☒ 中心静脈栄養・末梢輸液 ☐ 経腸栄養（胃ろうなど）
		☐ 糖尿病治療 ☐ 服薬管理 ☐ 排泄管理（ストマ・留置カテ）
		その他：

現在の病状について（治療内容・予後・告知の有無など）

胸の痛みと全身倦怠感が強く、オキシコンテン内服中。本人は自宅で最期を迎えたいと強く希望してい

現在の療養状況	
自宅療養	
通院中	病院名： 診療科 科
入院中	病院名： 〇〇病院 診療科 内科 退院予定日： 〇 月 〇 日頃
施設入所中	施設名：

保険証確認方法	持参	自宅	FAX	公費や重心、難病指定の有無	有り	無し
介護認定	非該当	未申請	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	

ケアマネジャー	事業所： 〇〇居宅事業所	担当者名： 〇〇	TEL： 〇〇
家族状況			
氏名	続柄	別居・同居	TEL
大阜 太郎	天	同居	〇〇〇〇〇〇〇〇
大阜 娘	長女	別居	〇〇〇〇〇〇〇〇

週間予定 ※サービスを利用中の場合、曜日欄に○または時間を記入してください。

サービス名	月	火	水	木	金	土	日
訪問看護	○		○		○		
デイサービス							
訪問介護（ヘルパー）							
その他							

FAX送信先：0969-24-5032 天草まつもとクリニック 医療連携室