



カルテの事前登録のため、保険情報の記載もお願い致します。
保険証のコピーをFAXして頂いても結構です。

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日	(歳)
往診先住所	〒		
		電話番号	
	建物名	携帯電話	
キーパーソン	氏名		
	〒	電話番号	
		携帯電話	

〈医療〉		〈介護〉		介護保険証(有・無)	
保険者番号		保険者番号			
被保険者の記号	番号	番号			
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
負担割合(老人)	1割 ・ 2割 ・ 3割	介護状態区分	要支援(1・2)要介護(1・2・3・4・5)		
公費	障害 ・ 特定疾患 ・ 生保 ・ 他()	介護事業所			
公費負担者番号		介護事業所番号			
公費負担受給者番号		ケアマネージャー			

・主病名等

・現在のかかりつけ医(有・無) 医療機関名() 通院中 ・ 入院中

・診療情報提供書 (有・無) 医師名 ()

・告知 (有・無) 予後 (月)

・医療機器 HOT ・ CV ・ 経管栄養(経鼻 ・ PEG ・ 経腸) ・ Ba ・ ストーマ ・ 気管切開 ・ 呼吸器

・ADL

食事 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) 排泄 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)

歩行 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) 入浴 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)

認知症(有・無)

・訪問看護ステーション(有・無) ステーション名()

・デイサービス (有・無) 曜日()

・訪問入浴 (有・無) 曜日() 時間()

・訪問先の駐車場 (有・無)

グレースホームケアクリニック
東京都世田谷区奥沢3-35-14
TEL 03-6425-8858 FAX 03-6425-8852