

# 相談シート

相談日 平成 年 月 日

相談者区分	<input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他	回答方法	<input type="checkbox"/> FAX回答 <input type="checkbox"/> メール回答 <input type="checkbox"/> 電話回答 <input type="checkbox"/> 郵送他
施設・事業所名称		担当者	
電話番号		FAX	
回答期日	平成 年 月 日	メールアドレス	

相談趣旨	<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 介護	《趣旨》
	必要なサービス等	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 (    ) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤管理

<患者情報>      お知らせできる範囲で結構です。

フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
患者氏名						
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	満 歳	
患者住所	大阪市港区					
患者連絡先						
家族の状況	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 独居			家族構成(家系図等)		
	名前					
	TEL					
医療保険手帳	国保 後期高齢 生活保護 その他(    ) 身障手帳( 種 級 )・療育手帳( 級 )・精神障害者手帳( 級 )					
主治医	有→	医療機関名				<input type="checkbox"/> 無
		主治医名				
治療中の病名			既往歴			
現在の病状				日常生活自立度		
				寝たきり度	認知症	
医療ケア	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> カテーテル (    )					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 訪問診療中 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 未受診					
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不明 <b>要支援</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 区変中 <b>要介護</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
利用中の介護サービス(事業所名)	ケアプラン(    )    訪問看護(    ) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ・介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 解れば(    ) 名称も(    )					
特記事項						

連絡先    Tel 06-6574-3403  
             Fax 06-6574-3403

<相談支援室 記入欄>

受付番号	
------	--