

相談シート

平野区在宅医療・介護連携相談支援室

相談日 令和 年 月 日

相談者区分	<input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他	回答方法	<input type="checkbox"/> FAX回答 <input type="checkbox"/> 電話回答 <input type="checkbox"/> メール回答 <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	令和 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"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> その他 ()

<患者情報>

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
患者氏名			
生年月日	年 月 日	満 歳	
患者住所	大阪市 区		
患者連絡先			
家族の状況	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 屋間同居 <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	認知症	
	内服状況		
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	有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不明 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 区変中 要介護 1 2 3 4 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			

Tel
連絡先 Fax
E-mail

<相談支援室 記入欄>

受付番号

日時	支援経過検討内容などの記録
年 月 日	個人情報の使用についての同意確認。
年 月 日	個人情報の使用についての同意確認。
年 月 日	個人情報の使用についての同意確認。
年 月 日	個人情報の使用についての同意確認。
年 月 日	個人情報の使用についての同意確認。
年 月 日	個人情報の使用についての同意確認。
年 月 日	個人情報の使用についての同意確認。
年 月 日	個人情報の使用についての同意確認。

<相談支援室 記入欄>

受付日	令和 年 月 日	終結日	令和 年 月 日
備考			