

相談シート 東住吉区高齢者等在宅医療・介護連携相談支援事業

相談日 平成 年 月 日

相談者名		相談手段	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール
			<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他
施設・事業所名称		メールアドレス	
TEL		FAX	

相談趣旨	<input type="checkbox"/> 医療	
	<input type="checkbox"/> 介護	
	<input type="checkbox"/> その他	

<相談者情報>

フリガナ		性別	家族構成	
氏名		男・女		
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)			
住所 (連絡先)				
キーパーソン連絡先	氏名(関係)		TEL:	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定有: 月 日頃) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他()			
主治医	<input type="checkbox"/> 無	医療機関名		
	<input type="checkbox"/> 有→	主治医名		
治療中の病名				
現在の病状・ADL				
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有:要支援()要介護() <input type="checkbox"/> 不明			
利用中の 介護サービス (事業所名)	<input type="checkbox"/> 訪問介護() <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア() <input type="checkbox"/> 訪問看護() <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
特記事項				

事後処理 (今後の方針)	<input type="checkbox"/> 解決済み()

終結(解決)日

<相談支援室 記入欄>

受付番号

--