

電話：0463-82-2560

FAX：0463-82-7877

メール：h-renkei@abox3.so-net.ne.jp

相談日 令和 年 月 日 ()

1 相談者区分	病院（連携室 有・無）		高齢者支援センター	
	診療所・クリニック		居宅介護事業所	
	訪問看護ステーション		訪問介護事業所	
	調剤薬局・薬剤師		施設（特養・老健・GH/その他）	
	歯科医院・歯科クリニック		行政機関（ ）	
2 必要なサービス	在宅医	訪問看護	調剤薬局・訪問薬剤師	
	在宅歯科医	居宅介護事業所	訪問介護事業所	
	病院	施設(特養・老健・GH)	ケア付き住宅	
	高齢者支援センター	行政機関	その他	
3 支援者情報	フリガナ	男	住所	
	氏名	女	連絡先	
	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	満 歳
4 相談内容の種類	<input type="checkbox"/> 退院支援に関すること		<input type="checkbox"/> かかりつけ医の紹介	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護導入の相談		<input type="checkbox"/> 在宅診療医の紹介	
	<input type="checkbox"/> 薬に関すること		<input type="checkbox"/> 診療報酬に関すること	
	<input type="checkbox"/> 在宅医療導入について		<input type="checkbox"/> 歯科に関すること	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
相談趣旨				
5 家族状況	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 独居	氏名	連絡先	
6 主治医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名	主治医	
7 治療中病名		既往歴		
8 介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護	
9 医療ケア	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> その他			
10 利用中のサービス	<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 服薬管理			
	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所介護・リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他			
11 ご連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX			
	<input type="checkbox"/> 電話	電話・面談を希望される場合は希望日をご記入ください		
	<input type="checkbox"/> 面談	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金	(時頃)	
<input type="checkbox"/> メール	アドレス			