

相談支援票

大阪府中央区在宅医療・介護連携相談支援室

※太枠内を記載してFAXでお送りください

相談日	平成 年 月 日 ()		担当者名	
事業者名			電話番号	
相談者の区分	病院 (連携室 有 ・ 無)		地域包括支援センター	
	診療所・クリニック		居宅介護支援事業所	
	訪問看護ステーション		訪問介護事業所 (ヘルパーステーション)	
	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 ()	
必要なサービス	在宅医		訪問看護	調剤薬局・訪問薬剤指導
	在宅歯科医・訪問DH		居宅介護支援事業所	訪問介護事業所 (HH)
	病院		施設 (特養・老健・GH)	ケア付住宅 ()
	地域包括支援センター		行政機関	その他
患者氏名	フリガナ		男	住所
	氏名		女	連絡先
	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
相談したい内容	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 医療保険			

※わかるところがあれば記載してFAXでお送りください

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	
主治医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名		主治医名	
治療中病名		既往歴			
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	
現在の医療ケア	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他				
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"/> 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"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> その他				

※相談支援室 記入欄

支援対応 (経過)	
-----------	--

FAX 06-6252-0689

大阪府中央区在宅医療・介護連携相談支援室