

# 相談シート

介保  介保外

相談日	令和	年	月	日	受付番号	記載者
相談者区分	<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 福祉 <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	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 <input type="checkbox"/> 福祉	《趣旨》
	必要なサービス等 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 申請・手続き <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <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	
患者氏名				<input type="checkbox"/> 女性	
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	不詳			
	TEL				
医療保険	国保 社保 後期高齢 生活保護				
医療助成の有無	小児慢性特定疾病医療費受給者証 特定医療費(指定難病)受給者証 その他( )				
手帳	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		
日常生活自立度	寝たきり度		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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
障がい支援区分認定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不明 区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6				
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 区変中				
利用中の介護・福祉サービス(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 <input type="checkbox"/> その他( ) 分かれば ( )				
特記事項					