

在宅医療・介護連携に関する相談支援シート

相談日 年 月 日

相談者	<input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他 ()	相談方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 面談
事業所名称		相談者氏名	
電話番号		FAX番号	

相談内容	<input type="checkbox"/> 医療・介護連携に関すること <input type="checkbox"/> 地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介に関すること <input type="checkbox"/> 退院連携調整に関すること <input type="checkbox"/> その他
	(具体的内容)

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	世帯状況	※以下に該当する場合はチェックをつけて下さい <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 昼間独居	
本人氏名						
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	(歳)	
住所	〒					
電話番号	キー※ パーソン	氏名 (本人との続柄:)				
		本人と同居: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		キーパーソン電話番号		
医療情報	かかりつけ医	医療機関名				
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	主治医名				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定 <input type="checkbox"/> あり(/)) <input type="checkbox"/> 通院中					
現在の病状		既往歴				
医療ケア	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・経鼻) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ストーマ造設 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> インスリン (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 眠前) <input type="checkbox"/> その他 ()					
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(/ 頃申請) <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他					
	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> あり (事業所 ケアマネジャー氏名:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
	利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護(事業所:) (曜日・時間:)		<input type="checkbox"/> 福祉用具 (事業所:)		
		<input type="checkbox"/> 訪問介護(事業所:) (曜日・時間:)		<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 通所サービス(事業所:) (曜日・時間:)						
備考						

※キーパーソン欄は必ずご記入ください。

八幡市在宅医療・介護連携支援センター
 TEL: 075-950-3330 / FAX: 075-874-3488
 E-mail: renkei@yawata-zaikaren.org