

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	
備考			

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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名					
		主治医名					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定 <input type="checkbox"/> あり(/ 頃)) <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:) <input type="checkbox"/> 訪問介護() <input type="checkbox"/> 通所サービス(事業所:) <input type="checkbox"/> 福祉用具() <input type="checkbox"/> その他()					
備考							