

FAX相談シート

相談日 令和 年 月 日

相談者区分	<input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <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			
必要なサービス等	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 介護保険申請 訪問歯科	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <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 <input type="checkbox"/> 女性
患者氏名				
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	
患者住所				
患者連絡先				
家族の状況	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 独居		家族構成(家系図等)	
	名前			
	TEL			
医療保険手帳	国保 後期高齢 生活保護 その他() 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		
		主治医名		
			<input type="checkbox"/> 無	
治療中の病名			既往歴	
現在の病状				日常生活自立度
	寝たきり		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 (<input type="checkbox"/>)			
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			
利用中の介護サービス(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 解れば 名称も ()			
特記事項				

受付番号