

## 患者相談・依頼票

受付者：  
 受付日：平成 年 月 日( )

依頼者	医療機関・事業所名			担当者名		
	電話			FAX		
ふりがな				性別	生年月日	
対象者名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭 年 月 日 歳	
住所		大和市				
本人電話		自宅		携帯		
同居家族		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
介護者名 (キーパーソン)				関係	電話	
疾病(傷病)名 (既往歴含む)		認知症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(症状 )				
経過						
内服薬及び外用薬						
保険種別		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(扶養も含む) <input type="checkbox"/> 生活保護(担当者名 ) <input type="checkbox"/> 医療助成(有・無：種別 )				
介護保険	介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中			ケアマネジャー	事業所名・氏名
	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				電話：
	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
現在利用の介護サービス		<input type="checkbox"/> デイサービス(週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問歯科( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> 訪問薬局( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> ショートステイ( ) <input type="checkbox"/> その他( )				
ADL		食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食： <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミサー <input type="checkbox"/> 経管栄養    副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミサー 移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 装具) 排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パルチューブ <input type="checkbox"/> ストマ) 尿意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    尿失禁： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    便意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    便失禁： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 入浴： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助    意思疎通： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可( ) 視力： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( )    聴力： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( )				
現在の主治医		病院・診療所名：		担当医：		
科名：						
今後の連携						
緊急時の搬送先						