阿倍野区　在宅医療・介護連携相談シート

相談日　　平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 相談者区分 | 　□医療関係者　□地域包括支援センター　□ケアマネジャー　□その他（　　　　　　） |
| 施設・事業所名称 |  | 担当者 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談趣旨 | □　医療 | 《趣旨》 |
| □　介護 |
| 必要なサービス等 | 　□かかりつけ医　　□訪問看護　　□ケアマネジャー　□介護保険申請 　□薬剤管理　　□訪問歯科　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【患者情報】お知らせできる範囲で結構です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | □男性　　　□女性 |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | □　明治　□　大正　□　昭和　□　平成　　　　 年　　　 月　　　 日　　　　　歳 |
| 住 所 | 大阪市阿倍野区 |
| 電話番号 |  | □　家族同居　□　昼間独居　□　独居 |
| 家族の連絡先 | 氏名 | TEL |
| 氏名 | TEL |
| 主治医 | 医療機関名 | TEL |
| 主治医名 | FAX |
| 病　　名 |  |
| 現在の状況 |  |
| 医療ケア | □中心静脈栄養 □点滴 □在宅酸素 □人工肛門 □カテーテル □その他（　　 　　　　　） |
| 現在の状況 | □入院中　□通院中　□退院　□退院予定（　　　月　　　日頃） |
| 介護認定の有無 | 要支援　　□　1　　□　2　　要介護　　　□　1　　□　2　　□　3　　□　4　　□　5 |
| 利用中の介護サービス(事業所名） | ケアプラン事業所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）TEL(　　　　　　　　　 　　　　　　　) FAX（　　　　　　　　　 　　　　　　　）□ 訪問看護　□ 訪問介護　□ 通所リハ・介護□ 訪問リハ　 □ 訪問入浴　□ 施設入所　□ 福祉用具事業所名（解れば）［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| 特記事項 |  |

一般社団法人大阪市阿倍野区医師会　在宅医療・介護連携相談室

問い合わせ・送付先 TEL：080-9172-7787 FAX：06-6624-5350

Ｅメール　kaigosoudan@abeno-med.or.jp