

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	<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()		
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	<input type="checkbox"/> 医療	《趣旨》
	<input type="checkbox"/> 介護	
必要なサービス等	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー その他() <input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 訪問歯科	

【患者情報】お知らせできる範囲で結構です。

フリガナ							
患者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性		
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	歳	
住所	大阪市阿倍野区						
電話番号			<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他()						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退院予定(月 日頃)						
介護認定の有無	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 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)	ケアプラン事業所()TEL()FAX()						
	<input type="checkbox"/> 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 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 TEL: 080-9172-7787 FAX: 06-6624-5350
 送付先 Eメール kaigosoudan@abeno-med.or.jp