

患者相談・依頼票

受付者：
受付日： 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"/> ミキサー <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"/> ミキサー 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"/> バルンチューブ <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： 科名：		担当医：	
今後の連携				
緊急時の搬送先				