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		□男 □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	□無　　□有　（　　）				
介護者名（ｷｰﾊﾟｰｿﾝ）		関係		電話	
疾病（傷病）名（既往歴含む）	認知症：□無　　□有（症状　　）				
経過					
内服薬及び外用薬					
保険種別	□後期高齢者医療保険　　□国民保険　　□健康保険（扶養も含む） □生活保護（担当者名　　）　□医療助成（有・無：種別　　）				
介護保険 介護度	□未申請　　□申請中　　□区変中	ケアマネジャー	事業所名・氏名 電話：		
介護保険 要支援	□１　□２				
介護保険 要介護	□１　□２　□３　□４　□５				
現在利用の介護サービス	□デイサービス（週　回　曜日）　□訪問看護（週　回　曜日） □訪問介護（週　回　曜日）　□訪問入浴（週　回　曜日） □訪問歯科（□有　□無）　□訪問薬局（□有　□無） □ショートステイ（　　）　□その他（　　）				
ＡＤＬ	食事：□自立 □一部介助 □全介助 主食：□ご飯 □粥 □ﾐｷｻｰ □経管栄養　副食：□普通 □一口大 □刻み □ﾐｷｻｰ 移動：□自立 □一部介助 □全介助（□杖 □歩行器 □車椅子 □装具） 排泄：□自立 □一部介助 □全介助 （□トイレ □ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ □尿器 □おむつ □ﾊﾞﾙﾝﾁｭｰﾌﾞ □ストマ） 尿意：□有 □無　尿失禁：□有 □無　便意：□有 □無　便失禁：□有 □無 入浴：□自立 □一部介助 □全介助　意思疎通：□可 □不可(　　) 視力：□有 □無(　　)　聴力：□有 □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					