# 住吉区　在宅医療・介護連携相談シート

相談日　令和　　年　　月　　日

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

| | | |
|---|---|---|
| 相談趣旨 | □医療 | 《趣旨》 |
| | □介護 | |
| 必要なｻｰﾋﾞｽ等 | □かかりつけ医　□訪問看護　□ｹｱﾏﾈｰ　□その他（　　）<br>□介護保険申請　□薬剤管理　□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 | | 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 | 大阪市住吉区 | | |
| 電話番号 | | | |
| 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 | □有　□無　□申請中　□不明 | | |
| | 要支援　□1　□2　　要介護　□1　□2　□3　□4　□5 | | |
| 利用中の介護ｻｰﾋﾞｽ（事業所名） | ケアプラン事業所（　　）TEL（　　）FAX（　　）<br>□訪問看護　□訪問介護　□通所リハ・介護<br>□訪問リハ　□訪問入浴　□施設入所　□福祉用具<br>事業所名（解れば）（　　） | | |
| 特記事項 | | | |

**住吉区医師会　在宅医療・介護連携相談支援室**　【担当】小　林

問い合わせ送り先　TEL　06-6115-6664　FAX　06-6695-3311