

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
	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			氏名
	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			電話
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"/> パルチュープ <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					