|  |  |
| --- | --- |
| 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： |
| 要支援 | □１　 □２　 |
| 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 |  |