|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | | | |