

住之江区連携相談シート

相談日 令和 年 月 日

相談者区分	<input type="checkbox"/> 医療	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> その他			
施設・事業所名	相談者名			【職種: <input type="text"/> 】			
連絡先	(電話)	(FAX)	(メール)				
相談趣旨	<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> その他	【趣旨】					
【患者情報】 <input type="checkbox"/> 個人情報の使用について同意済み							
氏名(イニシャル)	<input type="text"/>	性別	<input type="text"/>	年齢			
住所	大阪市	住之江区	丁目(番地などの詳しい記載は不要)				
家族の状況	同居者	<input type="checkbox"/> 有	【家族構成: <input type="text"/> 】	<input type="checkbox"/> 無			
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 有	【関係性: <input type="text"/> 】	<input type="checkbox"/> 無				
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> その他		
手帳	<input type="checkbox"/> 身障手帳【 <input type="text"/> 級】		<input type="checkbox"/> 療育手帳【 <input type="text"/> 】	<input type="checkbox"/> 精神障がい者手帳【 <input type="text"/> 級】			
要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 要支援【 <input type="text"/> 】	<input type="checkbox"/> 要介護【 <input type="text"/> 】	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 区変中	<input type="checkbox"/> 不明
障がい支援区分認定	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 区分【 <input type="text"/> 】	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 区変中	<input type="checkbox"/> 不明	
主治医	【医療機関名】						
	【主治医名】						
治療中の病名				既往歴			
現在の病状				病気について <input type="checkbox"/> 理解できている <input type="checkbox"/> 大体理解できている <input type="checkbox"/> 理解できていない			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 訪問診療中	<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 退院予定	<input type="checkbox"/> その他	
現在受けている 医療処置・ケア	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 麻薬使用			<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他			
利用中のサービス 【事業所名】	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所【 <input type="text"/> 】			<input type="checkbox"/> 担当者【 <input type="text"/> 】			
	<input type="checkbox"/> 障がい者支援事業所【 <input type="text"/> 】 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所【 <input type="text"/> 】 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所施設 <input type="checkbox"/> 福祉用具			<input type="checkbox"/> その他			
特記事項							