

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: 】			
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)		性別		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="checkbox"/> 無		
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 有	【関係性: 】 <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【 級】 <input type="checkbox"/> 療育手帳【 】 <input type="checkbox"/> 精神障がい者手帳【 級】			
要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 要支援【 】	<input type="checkbox"/> 要介護【 】	<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="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"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> カテーテル <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"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 麻薬使用 <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【 】担当者【 】 <input type="checkbox"/> 障がい者支援事業所【 】担当者【 】 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所【 】 <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				