

# 淀川区在宅医療・介護連携相談シート

記入日 年 月 日

## ■ 相談者

【相談者職種】 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 訪問看護師 ・ 病院看護師 ・ 医療ソーシャルワーカー  
ケアマネジャー ・ 地域包括支援センター ・ 介護施設職員 ・ その他( )

【勤務先名】 \_\_\_\_\_

【相談者名】 \_\_\_\_\_

【電話番号】 \_\_\_\_\_

【FAX】 \_\_\_\_\_

【希望回答日】 至急 ・ 2~3日 ・ 1週間以内 ・ その他( \_\_\_\_\_ まで)

【回答方法】 FAX 電話 メール( \_\_\_\_\_ )

## ■ 相談内容

相談趣旨	<input type="checkbox"/> 医療に関する相談 <input type="checkbox"/> 介護に関する相談 <input type="checkbox"/> 医療、介護にまたがる相談 <input type="checkbox"/> その他
	[趣旨]
必要なサービス等	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

## ■ 患者情報 ※記入できる範囲で可

年齢	歳	性別	男 ・ 女	介護保険	なし ・ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
障害高齢者の日常生活自立度			自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
認知症高齢者の日常生活自立度			自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
住所	大阪市淀川区				<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 独居
主治医	<input type="checkbox"/> 有	医療機関:			
	<input type="checkbox"/> 無	主治医名:			
治療中の病名	.....			既往歴	.....
現在の病状	.....				
医療ケア	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
利用中の介護サービス	事業所名:		電話番号:		
	ケアマネジャー名:		電話番号:		
	サービス名:		.....		
特記事項	.....				