

ケアマネ・ヘルパー様 ご相談FAX

FAX番号 03-5356-5778

受付日 平成 年 月 日 ()

受付者 ()

※太枠のところは必ずご記載下さい。他は可能な限りのご記載をよろしくお願い致します。

相談者氏名		医療保険 国・社・高・障・都・生保
所属機関・関係		介護保険 未申請 申請中(申請日)
連絡先電話番号		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
ふりがな		在宅での主治医 _____
患者氏名	様	医療機関名 _____
生年月日	明・大・昭・平 年	連絡先
住所		担当ケアマネ
電話		事業所
他連絡先		連絡先
希望する内容	訪問診療・訪問看護・デイサービス	現在の療養状況 在宅
診断名・既往歴		入院・入所中 ()
ご相談内容		家族構成や介護の状況 ・ 独居 同居 ・ 主介護者(患者との関係)
		日常生活動作
		移動 ・自立 ・介助が必要 ・車椅子 ・寝たきり
		食事 ・自立 ・介助が必要 ・経管栄養 ・中心静脈栄養
		排泄 ・トイレ (自立 介助あり) ・Pトイレ (自立 介助あり) ・おむつ ・尿カテーテル
		入浴 ・自宅 (自立 介助あり) ・訪問入浴 ・通所施設にて
		精神症状 ・幻覚妄想・徘徊・昼夜逆転等
		コミュニケーションをとるにあたっての支障 (難聴・認知症・高次脳機能障害等)
		必要な医療処置 (中心静脈栄養・膀胱留置カテーテル・胃ろう等)
		その他
経過・現在の状況・今後の方針など		
処方されている薬等		
がん治療連携計画	作成している 作成していない	