

北区在宅医療連携拠点（北ポジ） 相談依頼書

FAX : 06-6948-8956

相談日

年 月 日

施設・事業所名称		担当者	
電話番号		FAX	
メールアドレス			

相談趣旨	<input type="checkbox"/> 医療	<input type="checkbox"/> 障害	《趣旨》	
	必要なサービス等	<input type="checkbox"/> 訪問系 <input type="checkbox"/> 訓練・就労系	<input type="checkbox"/> 日中活動系 <input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 施設系 <input type="checkbox"/> レスパイト
			<input type="checkbox"/> 居宅支援系 <input type="checkbox"/> バックベツト	<input type="checkbox"/> その他 ()

フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
患者氏名								
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日	満 歳			
患者住所	大阪市 区							
患者連絡先								
家族の状況	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 独居			家族構成（家系図等）				
	名前							
	TEL							
医療保険	国保 健保 共済 後期高齢 生活保護 無保険 医療助成 () その他 ()							
手帳	身障手帳 (種 級) ・療育手帳 (級) ・精神障害者手帳 (級)							
主治医	有→	医療機関名				<input type="checkbox"/> 無		
		主治医名						
治療中の病名				既往歴				
現在の病状					日常生活自立度			
					寝たきり		認知症	
					ADL			
医療ケア	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> カテーテル							
	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ガン末期/ターミナル <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> その他 ()							
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"/> 未受診							
利用中のサービス(事業所名)	プラン () 訪問看護 () <input type="checkbox"/> 訪問系 (居宅介護・重度訪問介護・同行援助・行動援助) <input type="checkbox"/> 施設系 (施設入所支援) <input type="checkbox"/> 日中活動系 (短期入所・療養介護・生活介護) <input type="checkbox"/> 居宅支援系 (自立生活援助・共同生活援助) <input type="checkbox"/> 訓練・就労系 (機能訓練・生活訓練・就労移行支援・就労継続A・就労継続B・就労定着)							
特記事項	個人情報使用同意の有無の記入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

問い合わせ TEL : 080-1396-4345

✉ kita-poji@beach.ocn.ne.jp