住之江区連携相談シート

相談日　令和　年　月　日

相談者区分	□医療	□介護	□障がい	□その他
施設・事業所名	相談者名		（職種：　　）	
連絡先	（TEL）	（FAX）	（メール）	
相談趣旨	□医療 □介護 □障がい □その他	【趣旨】		

【患者情報】　□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　□有　□無　（家族構成：　　）				
キーパーソン	□有　□無　（関係性：　　）				
医療保険	□国保　□社保　□後期高齢　□生活保護　□その他				
医療助成の有無	□小児慢性特定疾病医療費受給者証　□特定医療費（指定難病）受給者証　□その他				
手帳	□身障手帳（　種　級）　□療育手帳（　級）　□精神障がい者手帳（　級）				
介護認定の有無	□有□無	□申請中　□区変中　□不明	□要支援（　）□要介護（　）		
障がい支援認定の有無	□有□無	□申請中　□区変中　□不明	□区分（　）		

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 □理解している　□大体理解できている □理解できていない	
現在の状況	□入院中　□通院中　□訪問診療中　□退院　□退院予定　□未受診		
現在受けている医療処置・ケア	□在宅酸素療法　□人工呼吸器　□気管切開　□吸引　□透析療法　□人工肛門 □注射（□中心静脈栄養　□ポート留置　□末梢　□インスリン自己注　□その他） □褥瘡□カテーテル管理（　）□経管栄養（　）□麻薬使用中（種類：		
利用中のサービス（事業者名）	ケアプランセンター（　）障がい者相談支援センター（　） □訪問看護　□　訪問リハビリ　□訪問介護　□訪問入浴　その他（　）		
特記事項			

住之江区医師会　在宅医療介護連携相談支援室
問い合わせ・送り先　TEL 06-6683-6380　FAX 06-6683-6381
e-mail suminoe.renkeisoudan@gmail.com