

居宅介護支援事業所 **まるとけあ** 新横浜

相談連絡シート

事業所名

電話 -

項目番

相談者

相談日時	令和 年 月 日 () : ~ :						
利用者情報	フリガナ			男女	生年月日		昭和 年 月 日 生才
	氏名						
	住所連絡先	〒 横浜市 区 TEL 045 - -					
	介護保険	被保険証番号	-				
		認定期	要介護 1 2 3 4 5	申請中	・	要支援	
他	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
キーパーソン	続柄	妻 夫 子 (長女 長男 女 男 嫁 (男)					
	フリガナ						
	氏名	才					
住所連絡先	本人と同居 市 区 携帯 - - TEL - -						
相談内容 困りごと							
ケース概要	あてはまるものにチェックを入れて、下記に概要を記載してください。 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神・知的障害 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 経済的問題 <input type="checkbox"/> 医療依存 <input type="checkbox"/> アルコール依存 <input type="checkbox"/> 虐待・放棄 <input type="checkbox"/> 悪環境 <input type="checkbox"/> 経過記録を添える						

【対応欄】

かかりつけ医の有無	あり	科	医院	医師	() -
			病院	医師	() -
訪問診療見込み	あり なし	<既往・現病> 脳梗塞後/心疾患/高血圧症/糖尿病/骨折/ 認知症/癌/			
サービス準備	福祉用具: 訪問看護:	リハビリ: 訪問介護:	訪問	通所	他:
担当者	古澤 ・ 内田	次回予定日			

FAX 045-345-1175