

相談連絡シート

事業所名 _____ 電話 _____

項番 _____ 相談者 _____

相談日時	令和 年 月 日 () : ~ :										
利用者情報	フリガナ					男	生年	昭和 年 月 日生			
	氏名					女	月日	才			
	住所 連絡先	〒 横浜市 区 Tel 045 - -									
	介護保険	被保険証番号	-								
		認定度	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	() -
		科	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/超尿病/骨折/ 認知症/ 癌/		
サービス 準備	福祉用具 :		リハビリ :	訪問	通所
	訪問看護 :		訪問介護 :	他 :	
担当者	古澤 ・ 内田		次回予定日		



FAX 045-345-1175