

堺地域医療連携支援センター 相談シート ①

相談日 ○○ 年 ○月 ○日 (○)

相談者区分	<input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input checked="" type="checkbox"/> 介護関係者 <input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 基幹型包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ()
所属名称	○○○○		担当者名 大阪 花子
TEL	○○○-○○○○		FAX ○○○-○○○○
住所	堺市内の場合は (○) 区	堺市外の場合は住所をご記入ください	

相談内容の種類	<input type="checkbox"/> 退院支援に関すること <input type="checkbox"/> 訪問看護導入の相談 <input type="checkbox"/> 薬に関すること <input type="checkbox"/> 在宅医療導入について	<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の紹介 <input type="checkbox"/> 診療報酬に関すること <input type="checkbox"/> 歯科に関すること <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 在宅診療医の紹介
---------	--	---	-----------------------------------

相談趣旨

担当する利用者 要介護1の○○歳の男性について

現在○○病院の循環器内科に通院中。

通院困難になることを想定し、在宅診療を行う○○区周辺の内科を紹介してほしい。

ご連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX					
	<input checked="" type="checkbox"/> 電話	電話・面談を希望される場合は希望日をご記入ください				
	<input type="checkbox"/> 面談	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金
	<input type="checkbox"/> メール	アドレス ()				

※介護サービスのみのご相談は、地域包括支援センターにご相談ください