

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 checked="" type="checkbox"/> 介護関係者	<input type="checkbox"/> 基幹型包括支援センター
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 行政	<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 (○) 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"/> 退院支援に関する事	<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の紹介	<input type="checkbox"/> 在宅診療医の紹介
	<input type="checkbox"/> 訪問看護導入の相談	<input type="checkbox"/> 診療報酬に関する事	
	<input type="checkbox"/> 薬に関する事	<input type="checkbox"/> 歯科に関する事	
	<input type="checkbox"/> 在宅医療導入について	<input type="checkbox"/> その他 ()	

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 (時頃)
<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