

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 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	-							
		認定度	要介護	1	2	3	4	5	申請中	・
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。 ☐ ターミナル ☐ 認知症 ☐ 精神・知的障害 ☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 経済的問題 ☐ 医療依存 ☐ アルコール依存 ☐ 虐待・放棄 ☐ 悪環境 ☐ 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 : 045-565-9527