

患者様ご相談FAXフォーム		FAX番号 03-5378-3525		
受付日 年 月 日 ()		受付者		
※太枠のところは必ずご記載下さい。他は可能な限りのご記載をよろしくお願い致します。				
相談者氏名		医療保険	国・社・高・障・都・生保	
所属機関・関係		介護保険	未申請	
連絡先電話番号		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
ふりがな	男	在宅での主治医		
患者氏名	様 女	医療機関名		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳	連絡先		
住所		担当ケアマネ		
電話		事業所		
他連絡先		連絡先		
希望する内容	訪問診療・ご相談のみ・他	現在の療養状況		
診断名・既往歴		入院・入所中 ()		
ご相談内容		家族構成や介護の状況		
		・ 独居 同居		
		・ 主介護者 (患者との関係)		
		日常生活動作		
		移動	・ 自立	・ 介助が必要
			・ 車椅子	・ 寝たきり
		食事	・ 自立	・ 介助が必要
			・ 経管栄養	・ 中心静脈栄養
		排泄	・ トイレ (自立 介助あり)	
			・ Pトイレ (自立 介助あり)	
		・ おむつ	・ 尿カテーテル	
	入浴	・ 自宅 (自立 介助あり)		
		・ 訪問入浴	・ 通所施設にて	
	精神症状 ・ 幻覚妄想・徘徊・昼夜逆転等			
	コミュニケーションをとるにあたっての支障 (難聴・認知症・高次脳機能障害等)			
経過・現在の状況・今後の方針など		必要な医療処置		
処方されている薬等		(中心静脈栄養・膀胱留置カテーテル・胃ろう等)		
		その他		
がん治療連携計画	作成している 作成していない			
医療法人社団 明笙会 たけうち内科				