

相談依頼書

依頼者	
医師・看護師・ケアマネージャー・家族・その他	
ご依頼機関名	
ご連絡先	TEL:

平成 年 月 日
西岡病院地域連携室 担当:岡村・川村
TEL (011)853-8322
FAX (011)853-7975

1. 患者基本情報

患者氏名	男・女	生年月日	M・T・S・H	年 月 日
		年齢		歳
住所	TEL:			
要介護度	未申請 申請中 要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5
家族構成	①独居 :主介護者(本人との関係)			
	②同居 :主介護者(本人との関係)			
現在の療養状況	家族構成			
	1. 在宅療養中	2. 入院中(医療機関名:) 退院予定(月 日予定)		
	3. 施設入所中 (施設名称:)	4. その他		

2. 診断名・現在の状況

疾病名	【主病名及び既往歴】
患者状況	【現状・経過・治療内容(投薬内容)・予後・告知の有無など】
	【認知症】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HDS-R /30点) 【BPSD】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に書いてください:)
	【現在利用しているサービス】
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 その他

3. 相談内容

--	--	--	--

主治医		医療機関名	TEL:
訪問看護師		事業所名	TEL:
ケアマネージャー		事業所名	TEL: