

拠点センター相談依頼票

【相談者記入欄】(相談者に関すること)

依頼日: 年 月 日() 午前・午後 時 分

事業所名			相談者職種・氏名		
回答期限	月 日() 午前・午後 時 分	TEL		FAX	
相談内容	※主病名、合併症、受診医療機関名、入院履歴、医療処置の内容を含めて、相談の要点を具体的にご記入ください。				
特記事項	※本人・家族の希望、留意点など				
※家族の了解があれば、拠点センターの相談員から直接家族に電話連絡をして希望を確認することもできます。					
緊急性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拠点センター相談員からの電話連絡に関する家族の了解		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

【相談者記入欄】(相談対象者に関すること)

フリガナ			性別	生年月日	年齢
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
住所			TEL		
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中(年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 認定なし				
	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主な症状			
担当ケアマネ	事業所名			氏名	
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 施設入所				
主介護者			続柄	TEL	
相談にあたっての家族等同意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同意者氏名		続柄	
家族介護力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特記事項			
在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具() <input type="checkbox"/> その他()				
施設入所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	施設名			
訪問看護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ステーション名			
かかりつけ歯科医院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科医院名			
		義歯の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特記事項	
お薬手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		
※センター記入欄	受付日	年 月 日()	受付番号	—	受付者

【センター記入欄】

受付日	年 月 日()	受付番号	—	受付者	
拠点センターから相談対象者本人又は家族に希望を確認した日		年 月 日() 午前・午後 時 分			
対応内容					
専門職団体への依頼	依頼先	①	依頼日	年 月 日() 午前・午後 時 分	
		②		年 月 日() 午前・午後 時 分	
専門職団体からの回答	回答者	①	回答日	年 月 日() 午前・午後 時 分	
		②		年 月 日() 午前・午後 時 分	

専門職団体における処理経過(依頼先団体又は拠点センター相談員が記入)

受付日	① 年 月 日() 午前・午後 時 分	受付者	
対応内容			
対応結果			
センターへの回答	① 年 月 日() 午前・午後 時 分	回答者	
受付日	② 年 月 日() 午前・午後 時 分	受付者	
対応内容			
対応結果			
センターへの回答	② 年 月 日() 午前・午後 時 分	回答者	
対応結果	□処理済 □その他()		
	相談者への回答日: 年 月 日() 午前・午後 時 分		
	【概要】		