

宛先

湖西市在宅医療・介護連携支援センター “ 縁 ” 相談用紙

FAX053-576-1220 ・ メール kourei@city.kosai.lg.jp

相談用紙のみ送信してください。メールの場合は必ず題名に【連携支援センター相談】と明記してください。

送信元	【事業所名・記載者名・職種】 【連絡先】
-----	-------------------------

<記入日： 年 月 日> ※記入日及び太枠の中はご記入ください。

相談分類	在宅医療関連 ・ 認知症関連 ・ 入院、受診関連 ・ 資源情報関連 ・ 多職種連携関連 ・『シズケア*かけはし』関連 ・ その他 ()
------	---

※対象者情報～介護保険情報は個別相談の場合ご記入ください。

対象者情報	年齢	(歳)	性別	男 ・ 女
担当包括	湖西白萩 ・ 光湖苑 ・ 恵翔苑 ・ 燦光			
かかりつけ医	有 ・ 無	かかりつけ医名		
治療場所	通院 ・ 在宅（訪問診療・往診）・ 入院中 ・ 施設入所 ・ 他			
治療状況	治療中 ・ 治療中断 ・ 治療終了 ・ 未治療（理由：			
介護保険情報	介護度（ ） ・ 申請中 ・ 未申請 利用サービス（ 訪問看護・訪問介護・通所介護 ・ 通所リハ・その他） 利用事業所（ ） 担当ケアマネ及び事業所（ ） ケアマネ連絡先（☎ ）			
相談内容	主旨			
	詳細経過等			

<p>対応分類と 対応内容</p>	<p>1. 在宅療養に対応可能な医療機関の紹介 2. 利用（対応）できる制度の紹介 3. サービス事業所の紹介 4. 退院支援に関して情報提供 5. 受診・入院に関して情報提供（専門病院等） 6. 施設入所に関する情報提供 7. 利用（対応）可能な社会資源の紹介 8. 介護者（家族）に関する相談への対応 9. 『シズケア*かけはし』サポート 10. その他（ ）</p>
<p>センター対応</p>	