

# 通所相談票

		相談者		記入者			
利用希望	フリガナ	男	生 年 月 日	M S	主たる		
	氏名	様	女	T H	介護者		続柄
	〒		住所		電話		
内容	見学日 H 年 月 日	認定状況			居宅支援事業所名 & 電話・担当ケアマネ名		
	希望曜日 月・火・水・木・金 送迎希望 あり・なし (片道・往復)	要支援 ( 1・2 ) 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) 申請期間中 / 再申請中					
今現在かかっている病院・医院					診断名		
〔				〕			
〔				〕			
〔				〕			
緊急連絡先	①氏名	住所		電話			
	②氏名	住所		電話			
	③氏名	住所		電話			
見学までのいきさつ・現状						退院日:	
家族構成		本人の希望			判定会資料 * 基本情報 * 診療情報提供書 * 退院時の介護サマリー * 理学療法報告書 * 検査データ * 他必要書類		
		家族の希望					

# 診 療 情 報 提 供 書

当施設の利用目的：入所 ・ 短期入所 ・ 通所 （いずれかに○印をつけてください）

氏名						性別	男 ・ 女			
生年月日	年	月	日	年齢	歳					
病名						処方				
既往歴										
経過										
認知症	無 ・ 有	問題行動の状況								
検査実施日 平成 年 月 日										
胸部X-P 所見										
心電図 所見										
尿検査	蛋白( )	糖( )	潜血( )	MRSA	( + ・ - ) 部位:					
WBC		TP		BUN		CRP		総コレステロール		
RBC		Alb		Cr		HBs抗原		HDL		
Hb		GOT		Na		HCV抗原		LDH		
Ht		GPT		K		褥瘡		中性脂肪		
Plt		γ-GTP		Cl		皮膚疾患		Glu		
肺炎球菌ワクチン接種( 未 ・ 済 ・ 不明 )								必要時HbA1C		
上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用( 可 ・ 否 )と認めます。										
平成 年 月 日										
医療法人		所在地								
		電話								
		名称								
		医師氏名								