

# 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		続柄	
	氏名 様		女		T H 年 月 日 歳		介護者			
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	月		日			年齢	歳			
現病名							処方			
既往歴										
病状経過および治療経過										
認知症	無 ・ 有	BPSDの状況								
		認知症自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M								
胸部X-P 所見	撮影日 年 月 日									
心電図 所見	検査日 年 月 日									
MRSA	+・-		部位：咽頭・鼻腔・その他( )							
尿検査	蛋白( ) 糖( ) 潜血( )									
WBC		T-bil		BUN		CRP		総コレステロール		
RBC		Alb		Cr		HBs抗原		HDL		
Hb		GOT		Na		HCV抗体		LDL		
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)						ワーファリン内服者のみINR		HbA1C		
							検査日 年 月 日			
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										