

アウトリーチ / 個別相談 依頼書

※どちらかに○をつけてください

依頼日： 令和 年 月 日

相談者	所属			氏名			
	連絡先	TEL :			FAX :		
					携帯 :		

対象者	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
	住所	相模原市				
	介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		

支援を要する理由	<input type="checkbox"/> 1 在宅主治医紹介依頼 <input type="checkbox"/> 2 主治医意見書記載 <input type="checkbox"/> 3 介護保険申請・利用拒否 <input type="checkbox"/> 4 診療・受診拒否 <input type="checkbox"/> 5 病態不明 <input type="checkbox"/> 6 早期再入院抑制支援 <input type="checkbox"/> 7 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> 8 口腔トラブル <input type="checkbox"/> 9 その他 ()					
	具体的相談内容 (←医師にしてもらいたいことを具体的に記載してください。)					

医療情報	かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (医療機関名 :)	生活歴 (職業・趣味・特技・地域や友人との関係)
	保険情報 (<input type="checkbox"/> 国保・ <input type="checkbox"/> 社保・ <input type="checkbox"/> 生保・ <input type="checkbox"/> 後期高齢医療) その他 ()	

本人の意向と生活状況	世帯構成 <input type="checkbox"/> 1 独居 <input type="checkbox"/> 2 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
	家族の意向と背景
	経済的課題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (内容 :)

アウトリーチ / 個別相談 報告書 (相談者)

対象者氏名 _____

実施日時： 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分

対応結果の概要 (相談者記入)	地域ケアサポート医： _____先生
今後の支援の 方向性 (相談者記入)	
モニタリング次回実施予定日 年 月 日 頃	

相模原市在宅医療・介護連携支援センター 宛

アウトリーチ / 個別相談 報告書 (地域ケアサポート医)

地域ケアサポート医名： _____

実施日時： 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分

<p>医師意見書欄 (地域ケアサポート医記入)</p>	<p>(大まかな診立て/医療・医学的な見地からの助言等)</p>
---------------------------------	----------------------------------