

拠点センター相談依頼票

【記入例2】

【相談者記入欄】(相談者に関すること)		依頼日: 令和元年8月29日(木) 午後1時32分			
事業所名	A居宅介護支援事業所		相談者職種・氏名		ケアマネジャー B
回答期限	9月5日(木)午前10時30分		TEL	〇〇-〇〇〇〇	FAX 〇〇-〇〇〇〇
相談内容	<p>主病: 老年認知症、高血圧症、変形性膝関節症、尿閉 経過: C内科診療所、D整形外科に長年通院、1年来認知症が進行、デイを利用していたが時々徘徊、介護への抵抗あり、膝痛も悪化し通院が困難。同居の家族より訪問診療の依頼あり。 血圧はやや高値、食欲はあるが時々誤嚥あり。年に2-3回高熱をだし、E病院に緊急入院し、誤嚥性肺炎の診断で治療を受けている。体力が低下し、家族も老衰が進んでいると認識している。昨年からの尿閉のためE病院の泌尿器科に通院し月に1回膀胱留置カテの交換実施。</p>				
特記事項	<p>長男夫婦と3人暮らし。長男の嫁が主介護者だが、早くホーム等に入所させたい意向あり。皮膚のトラブルもあるため、訪問看護も希望しているが未定。本人と長男の仲が悪く、よく喧嘩になる。在宅処置、認知症対応に詳しい訪問医を希望。できればF先生希望あり。家族は自宅での看取りまでは考えていない。</p>				
※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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無

【相談者記入欄】(相談対象者に関すること)

フリガナ	〇〇 〇〇		性別	生年月日		年齢
氏名	〇〇 〇〇		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	S10.5.3		84
住所	〇〇 〇〇			TEL	〇〇-〇〇〇〇	
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 checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
認知症の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主な症状				
担当ケアマネ	事業所名	〇〇	氏名	〇〇〇〇〇		
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 施設入所					
主介護者	〇〇 〇〇	続柄	〇	TEL	同上	
相談にあたっての家族等同意	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同意者氏名	〇〇〇〇		続柄	〇
家族介護力	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特記事項	〇〇〇〇			
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無	施設名				
訪問看護	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	ステーション名				
かかりつけ歯科医院	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		歯科医院名			
	義歯の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特記事項			
お薬手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有() <input checked="" type="checkbox"/> 無			
※センター記入欄	受付日	令和元年8月29日(木)	受付番号	2019-0051	受付者	〇〇

【センター記入欄】

受付日	令和元年8月29日(木)	受付番号	2019-0051	受付者	〇〇
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		家族の了解なし			
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	<input type="checkbox"/> 処理済 <input type="checkbox"/> その他()				
	相談者への回答日: 年 月 日() 午前・午後 時 分				
	【概要】				