

拠点センター相談依頼票

【記入例1】

【相談者記入欄】(相談者に関すること)		依頼日: 令和元年8月26日(月) 午前10時42分			
事業所名	A病院 地域連携室		相談者職種・氏名		MSW B
回答期限	8月28日(水)午前11時30分		TEL	〇〇-〇〇〇〇	FAX 〇〇-〇〇〇〇
相談内容	<p>8月1日から腹部悪性腫瘍でA病院に入院中。末期がンのため、手術や抗がん剤は使用せず、緩和ケアの方針となる。本人、家族(妻と遠方の娘)から在宅医療の希望があるため、在宅医を紹介してほしい。</p> <p>今までB整形外科に長く通院していたが、7月から腰痛、食欲不振が強くなり、C内科へ紹介、膵臓に異常を指摘されA病院へ紹介された。</p> <p>衰弱が強く、癌性疼痛が強いため医療用麻薬を使用中。意識は清明で意思疎通は可能。数日後に退院を希望しています。右鎖骨下にCVポートあり。</p>				
特記事項	<p>妻と二人暮らし。本人は、自宅で最期を迎えたい。妻は持病があり体力がないため最後まで介護できるか不安。娘は病院での治療を望んでいた。家族は看取りのできる在宅医を希望しておりD先生を強く希望している。衰弱が強いため点滴もしてほしい。娘は苦しい時には病院の方がいいと強く主張し家族内で意見がまとまっていない。退院日にE訪問看護Stから訪問があります。緊急時はA病院での受け入れも可能です。</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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S19.7.8		75
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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 checked="" 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 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26日(月)	受付番号	2019-0048	受付者	〇〇

【センター記入欄】

受付日	令和元年8月26日(月)	受付番号	2019-0048	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		令和元年8月26日(月) 午前10時55分			
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】				