

【相談者情報】

機関名		TEL		氏名	
-----	--	-----	--	----	--

【基本情報】

患者氏名（フリガナ）				性別	生年月日		住所
様				女	西暦 年（T S H 年）		
				男	月 日 歳		
医療保険	国 社 後	負担	3 2 1	限度額	アイウエオ 現3 現2 現1 一般 低1 低2		マイナ保険証紐づけ（有 無）
公的制度	無 有（生保（自己負担： 円） 難病（自己負担： 円） ○障（自己負担：有 無） その他（ ）						
介護保険	支 介（ ） 申請中（認定調査（未 済）） 未申請			自己負担	割	限度額	段階（ 4 3-2 3-1 2 1 ）
備考							
KP①	フリガナ			TEL		家族構成	
	続柄：	氏名					
KP②	フリガナ			TEL			
	続柄：	氏名					
備考							

【相談経緯】

--

【相談資料提供】

診療情報提供書の提供（可 否）	提供否の理由		
診療情報提供書の作成医療機関名 ※相談者が作成する場合は記入不要		TEL	
ADL表・サマリーの提供（可 否）	提供否の理由		
ADL表・サマリーの作成機関名 ※相談者が作成する場合は記入不要		TEL	

【病状など】※相談表と一緒に「診療情報提供書」と「ADL表・サマリー」をFaxできる場合は、記入不要

ADL	ストレッチャー リクライニング車いす 車いす 補助歩行（杖、シルバーカーなど） 自立		
食事	経口（ 常食 軟食 ペースト その他（ ） ） / 中心静脈栄養 / 経管栄養（ 鼻 胃 腸 ）		
排泄	トイレの使用（ 可 否 ） おむつ・リハビリパンツの使用（ 有 無 ） パットの使用（ 有 無 ）		
認知症	有 意思疎通（ 可 否 ） 声だし（ 程度： ） 徘徊（ 有 無 ） 暴力・暴言（ 有 無 ） / 無		
医療行為	酸素（ ℓ ） 痰吸引（ 回/日 ） 褥瘡（箇所： 大きさ： ） その他（ ）		
備考			
※緊急依頼時	熱： °C	血圧： /	脈： 酸素飽和度： 症状：

【その他】以下、□項目の該当有無を教えてください。該当する項目に✓をお願いします

□要透析治療 □服薬コントロールができない精神疾患あり □徘徊あり □暴力あり □医療訴訟中	
□クレーマー □人工呼吸器あり(慢性期を除く) □特別な医療行為あり □当院の機能・診療方針への理解がない	