

相談日時： 年 月 日 () : 終結(解決)日： 年 月 日 ()

相談者 相談方法	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 来訪 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	【事業所名】	
	【相談者名】	
【電話番号】		【FAX】

対象者情報	年齢	(歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	居住地	
担当包括	<input type="checkbox"/> 鳥栖地区 <input type="checkbox"/> 田代基里地区 <input type="checkbox"/> 鳥栖西地区 <input type="checkbox"/> 若葉弥生が丘地区 <input type="checkbox"/> 基山地区 <input type="checkbox"/> 上峰地区 <input type="checkbox"/> みやき町					
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	かかりつけ医				
治療場所	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 () <input type="checkbox"/> 施設入所 ()					
治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> 未治療 (理由：)					
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 利用サービス (訪問介護・訪問看護・通所介護・通所リハ・その他) 利用事業所・分類 () 担当ケアマネ (様) ケアマネ連絡先 (TEL)					

相談内容 分類：	主旨
	詳細
<input type="checkbox"/> 資源情報 <input type="checkbox"/> 各種制度 <input type="checkbox"/> 入院支援 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 在宅ケア・医療処置 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <small>(住い・移動・健康・経済的問題・人間関係など)</small>	
対応内容 分類：	
<input type="checkbox"/> 情報提供 <small>(資源・各種制度等)</small> <input type="checkbox"/> 連絡調整 <small>(関係機関との連携)</small> <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> その他	

送り先 鳥栖三養基医師会在宅医療・介護連携支援室

FAX ; 0942-85-1177 ・メール ; renkei@circus.ocn.ne.jp