



【Fax番号】  
022-781-8524

## 照井在宅緩和クリニック 在宅医療相談シート

相談シートをFaxにてご送信ください。折り返しクリニックよりお電話を差し上げます。

申し込み日 令和 年 月 日

相談者所属先 \_\_\_\_\_ お名前 \_\_\_\_\_

【この用紙を記入された方】

相談者連絡先 TEL \_\_\_\_\_

**患者氏名** \_\_\_\_\_ 様【イニシャルでも可】 ( 男 ・ 女 ) \_\_\_\_\_ 歳

**患者住所** \_\_\_\_\_ 【番地は不要です】

**病名** \_\_\_\_\_

**保険種別** 国保 ( 割 ) 社保 ( 割 ) 高齢者 (前期・後期 割) 難病公費 生活保護  
限度額適用認定証 有 ・ 無

**要介護度** 要支援 I II 要介護 I II III IV V 申請中 ・ なし

**担当ケアマネージャー** (事業所: \_\_\_\_\_ ) (お名前: \_\_\_\_\_ )

**利用中の在宅サービス**  
 訪問看護 ( \_\_\_\_\_ )  訪問介護 ( \_\_\_\_\_ )  施設利用 (デイサービスなど) ( \_\_\_\_\_ )  なし

**現在行なっている医療処置**  
 経管栄養  在宅酸素  尿管カテーテル留置  医療用麻薬の管理  末梢点滴  
 中心静脈栄養管理  じょくそう、創部処置  その他 ( \_\_\_\_\_ )

**予測予後**  
 1ヶ月以内  3ヶ月以内  6ヶ月以内  一年以上  長期

**現在の状況**  
 自宅  入院中 (入院先 \_\_\_\_\_ )  施設入所中 (入所先 \_\_\_\_\_ )

**療養環境での介護者の有無**  
 配偶者  子 (続柄 \_\_\_\_\_ )  その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご相談ありがとうございます。

医療法人 久仙会 照井在宅緩和クリニック

宮城県仙台市宮城野区岩切字羽黒前 42-3 TEL: 022-781-8024