新規相談依頼表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**依頼相談者**　様　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様）

　　　　　　　　　　　＊利用者様・ご家族・居宅介護支援事業所・病院・地域包括　等

連絡先　　　TEL：

**利用者**様　　氏名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様）

　　　　＊個人情報なので●にて記入をお願いします。

（　男・女　）　　　　才

　　　　　　　　　　住所：

* 町名までの記入をお願いします。

　TEL：　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　＊日中の連絡が可能な番号

**主治医**　現在通院先・入院先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院・クリニック

　　　　　　　　　　　主治医名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

　　　　　　利用保険　　□介護（介護・予防）　□医療保険（難病等）　□自立支援　　（□その他）

　　　　　　現在の状況を簡単に　（疾患名・依頼の理由・現在の病状等）

ご希望　　週に　　　　　　　回くらい

　　　看護観察・服薬管理・清潔ケア・リハビリ・曜日や時間帯の希望の有無

医療処置　□在宅酸素　□処置　などのカテーテルの有無・吸引等記入をお願いします。

後ほど、確認の連絡を差し上げます。よろしくお願いいたします。

　　　2020年7月28日　書式

**送付先**

FAX：03-6853-9003

またはメール：319homon@san-ikukai.or.jpまで