|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名  様式１  (対象者) | |  | | | | | 性別 |  | 年齢 |  | | 連絡先 | ☎ | |
| 住　所  (対象者) | 水戸市 | | | | | | | | | | | | | |
| 相談者 | （氏名） | | | | | | □本人　□介護支援専門員　□訪問看護師　□医師　　　　□家族　　□歯科医師　　　　　　□その他（　　　　　　） | | | | | | | |
| （連絡先） | | | | | | | | | | | | | |
| 相　談  内　容 | （通院等のできない理由） | | | | | | | | | | | | | |
| （主訴） | | | | | | | | | | | | | |
| 基礎疾患・障害種類（複数可） | | | | | | | | | | | | | | |
| □脳卒中,脳血管障害後後遺症,脳血管障害 　 　□認知症　　　　　　　　□糖尿病 | | | | | | | | | | | | | | |
| □脊髄障害,脊髄,頸椎損傷　　　　　　 　　　□腎疾患　　　　　　　　□肢体不自由 | | | | | | | | | | | | | | |
| □神経･筋疾患,神経科疾患　　　　　　 　　 　□慢性関節リウマチ　　　□頭部損傷 | | | | | | | | | | | | | | |
| □循環器疾患,循環機能障害　　　　　　　　 　□運動器疾患　　　　　　□てんかん | | | | | | | | | | | | | | |
| □視覚障害，感覚器障害　　　　　　　 　　　 □ウイルス性肝炎　　　　□精神疾患 | | | | | | | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ歯科医院  **□**　有　　　　**□**　無 | | | | （歯科医院名） | | | | | | | （連絡先）  　　　☎ | | | |
| 要介護認定の状況  **□**　有　　　　**□**　無 | | | | | | 意思疎通の状況  **□**　十分可　　　**□**　やや可　　　**□**　不可 | | | | | | | | |
| 在宅サービスの利用状況 | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | | | (医師名) | | (医療機関名・診療科) | | | | | | | | | ☎ |
| (医師名) | | (医療機関名・診療科) | | | | | | | | | ☎ |
| 担当ケア  マネジャー | | | (氏名) | | (事業所名) | | | | | | | | | ☎ |
| 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | |

　※　訪問先略図，駐車場所の記入