|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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