

FAX

0247-72-3493

田村地方在宅医療・介護連携支援センター相談用紙 ②

所属機関・施設名

電話(内線)

担当者名

MAILまたは携帯

被支援者 基本情報

患者さんの情報	氏名					
	生年月日	西暦年	月	日	年齢	満 歳
	住所	〒				
	連絡先	電話				
		携帯				
	主となる同居介護家族及び続柄					
	必要な支援	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問医療 ・訪問看護 ・退院後回復までの訪問医療 ・末期から看取りまでの医療 ・末期から看取りまでのチームによる医療・介護ケア ・その他 				
	必要な支援内容(詳細)					
	担当介護支援専門員	所属		氏名		
	介護認定状況	要介護度	要支援級	未認定	認定申請中	
施設利用状況			利用施設			
介護利用状況			利用サービス			
かかりつけ医師	有・無	医療機関名				