

ご担当者さま各位

いつもお世話になります。当院の在宅医療開始にあたり必要な情報を1枚にまとめさせていただきます。お電話の前にFax・メールなどでいただくとスムーズに対応させていただきます。また相談の中で個人情報開示が難しい場合、①年齢②性別③主病名(末期ありなし)④ADL⑤医療処置の5点をご記載いただくと嬉しいです。今後ともよろしくお願いたします。

# いろいろどりのカード

ご相談  
 ご依頼



日付 / /

ご担当者さま

事業所名

お名前

## ご担当者さまの情報

電話番号

FAX番号

希望の連絡方法

電話  FAX  訪問

## 外来・入院

外来通院中  
診療所名

入院中  
病院名

## ご利用者さま

お名前 (ふりがな)

生年月日 / 年齢 / 性別

年 月 日 歳 男・女・他

## 主病名

末期病名 あり・なし

## ADL

要介護 1 2

要介護 1 2 3 4 5

申請中  利用予定なし

## 医療処置

なし・あり

## 居住場所

長野市・千曲市

居宅  施設  
施設名

## 現病歴

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 連絡先/キーパーソン/家族関係

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ACP 人生会議

訪問看護ステーション

居宅介護支援事業所

ケアマネ