

在宅療養電話相談票

| | |
|--------------------|---|
| 受付日時 | 平成 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分 |
| 対応者名 (所属) | () |
| 相談者名 | 様 TEL |
| 相談者 職種 (所属) | 本人 家族 (夫・妻・息子・娘・その他) 親戚 (兄弟姉妹・その他) ----- 医師 (病院・診療所) 看護師 (病院・診療所・施設等) ケアマネジャー () ヘルパー () 上記以外の専門職 () ----- 相談機関 () その他 () |
| 相談 対象者の 居住地区 | 賀茂圏域 (下田市・賀茂郡) 熱海伊東圏域 (熱海市・伊東市) 駿東田方圏域 (沼津市・三島市・裾野市・御殿場市・伊豆の国市・伊豆市・ 駿東郡・田方郡) 富士圏域 (富士市・富士宮市) 中部圏域 (静岡市) 志太榛原圏域 (焼津市・藤枝市・島田市・牧之原市・榛原郡) 中東遠圏域 (磐田市・袋井市・掛川市・菊川市・御前崎市・周智郡) 西部 (浜松市・湖西市) |
| 介護保険 の申請 | 有 ・ 無 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |
| 相談内容 | |
| 要約 | |
| 対応 | |