様式第５号（用紙 日本工業規格Ａ４縦型）

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 | 本人 家族（夫・妻・息子・娘・その他） |
| 職種 | 親戚（兄弟姉妹・その他） |
| （所属） | 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 | 賀茂圏域（下田市・賀茂郡） 熱海伊東圏域（熱海市・伊東市） |
| 対象者の | 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・ |
| 居住地区 | 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 | 有 ・ 無 要支援 １・ ２ |
| の申請 | 要介護 １・２・３・４・５ |
| 相談内容 |  |
| 要約 |  |
| 対応 |  |