

北海道移行期医療支援相談シート

記載日：令和 月 日

相談シートの送付先

宛先：101-ikokiiryō@mail.hosp.go.jp ※打ち間違いにご注意下さい

件名：「相談シート」

※メール送信後2日以上（土日祝日含まず）経っても返信がない場合は、再度お問い合わせください。

※記入頂ける範囲でお願いいたします

※相談シートに打ち込むことが難しい場合は、メール上に質問事項の内容を踏まえて送信して下さい。

また、相談方法について質問等ありましたら、お気軽にメールまたはお電話でお問い合わせください。

相談者氏名		患者様との関係			
患者氏名		患者性別		患者年齢	
居住地	※番地は不要です				
メールアドレス					
電話番号					
希望の連絡方法	①電話②メール③どちらでも良い				
受診医療機関について					
診断名・診療科名・担当医師名					
かかりつけ医療機関					
在宅医療機関					
急性期後方支援病院					
専門医療機関					
医療ケア情報	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> NIVマスク <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引				
※当てはまるものにチェック	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう） <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストマ				
ADL/IADL	※移乗・移動・食事・排泄・入浴・視力・聴力・意思の疎通について介助が必要な項目に関して記載をお願いいたします				
社会福祉情報	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当				
※取得されている手帳がありましたらチェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別障害者福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他				
利用しているサービス					
相談したい内容をお選び下さい	<input type="checkbox"/> 患者様の自律に向けた支援				
※医療機関の方	<input type="checkbox"/> 成人医療への移行（転科）支援				
相談内容に該当する項目をお選び下さい	<input type="checkbox"/> 自律支援の内容について知りたい <input type="checkbox"/> 自律支援を受けたい <input type="checkbox"/> 就学・就労について				
	<input type="checkbox"/> 成人医療へ移った後の相談をしたい <input type="checkbox"/> その他				
ご相談内容を具体的にご記入下さい					