

# 南庄内・たべるを支援し隊 申込書

南庄内・たべるを支援し隊 宛

申込日: 年 月 日

① 申込者氏名	(利用者との関係: ) 連絡先: ( ) - ( )
------------	-------------------------------

基本情報	
ふりがな	性別 生年月日
本人氏名	男・女 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳
訪問先住所	電話番号: ( ) - 駐車スペース: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
主病名 既往歴	
かかりつけ 医院・病院	<input type="checkbox"/> あり(医療機関名: 主治医: ) <input type="checkbox"/> なし ↓ <input type="checkbox"/> 通院している <input type="checkbox"/> 訪問診療・往診を受けている <input type="checkbox"/> その他 ( )
③ 困っている 内容	② <input type="checkbox"/> 主治医には事前に南庄内・たべるを支援し隊に申し込む旨伝えた
④ 本人・家族の 希望	本人: 家族:
身長・体重 (分かる範囲で)	身長: cm 体重: kg
食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 介助があれば食べる <input type="checkbox"/> 胃ろうなどチューブ <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ( )

キーパーソンの情報 ※日程調整などの連絡に 対応できる方	氏名: 連絡先: ( ) - ( ) 利用者との関係: ( )
要介護認定	<input type="checkbox"/> あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ) <input type="checkbox"/> なし (申請中・未申請・不明)
担当ケアマネの情報 ※利用している場合	事業所名: 担当者名: 電話番号: ( ) - ( )

申込窓口 鶴岡地区医師会 地域医療連携室ほたる

TEL:0235-29-3021 FAX:0235-29-3022

※申込書の記載が困難な場合は、お電話での申込みも可能です。

## ①申込者

→かかりつけ医、ケアマネ、訪問看護、リハビリスタッフ等ご家族に限らず状況の分かる方であれば。

## ②主治医には事前に南庄内・たべるを支援し隊に申し込む旨伝えた →NST介入する前に主治医の意見を確認するため(ケースによっては対象でないと判断される場合も想定される)

もし主治医から「南庄内・たべるを支援し隊について詳しく教えてほしい」と言われた際は、ほたるに連絡いただければ対応します

## ③困っている内容

→具体的に記載していただければありがたい。記載内容によっては、申込者へ聞き取りしたい場合があるので折り返し連絡をすることもある。

## ④本人、家族の希望

→困っている内容に対してどのような希望があるか

お手数おかけしますがぜひご利用ください

