

このもの忘れ相談シートは、東久留米市が東久留米医師会と協議し運用している診察補助シートです。

患者様およびご家族が持参された際は、ご活用いただけますようお願いいたします。

なお、相談シートを利用して受診された方には、別添の「返信用シート」へ先生のご意見を頂戴いたしたく存じます。診察時に記入が難しい場合には、記述のあるFAX番号（家族または支援者）へご返送ください。

お手数をおかけしますが、どうぞよろしくお願いいたします。

【返送シートの記入例】

<FAX送り状>		返信用シート	
※その場で記入いただける内容でしたら、その場で相談者にお渡しください。			
医師⇒相談機関及び家族			
返信先宛名 (事業所名)			
相談者氏名 (担当者)	様	<b>FAX番号</b>	
対象者 (患者) 氏名 (イニシャルで)			
※ その場で記入できない内容については、医療機関よりFAXにて返信をする場合がありますので、上記内容は、相談者が事前に記入して、医療機関にお渡しください。			
受診月日      年      月      日			
1. 内容			
<input type="checkbox"/> かかりつけ医として、今後も継続してみたいです。 <input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要です。 <input type="checkbox"/> CT等の検査が必要なため、紹介状を書きました。 <input type="checkbox"/> 投薬を開始しました。 <input type="checkbox"/> ご家族が再度来所してください。 <input type="checkbox"/> その他      具体的にご記入ください			
{ }			
2. 介護を受ける上で、気をつけること			
{ }			
3. ケアマネジャー、サービス事業者に伝えることはありますか？			
{ }			
即記入することは難しい場合がありますので、記入する内容があった場合は、FAXでお返しします。			
平成      年      月      日			
送信元 医療機関名 _____  医 師 名 _____			

すでに記入がされているかご確認下さい。  
※FAX番号は正しいでしょうか？

いずれかにチェックをお願いします。

支援者や家族へ、アドバイスがありましたら是非お願いいたします。

東久留米市介護福祉課地域ケア係  
042-470-7777(内)2501・2502  
FAX:042-470-7808