

ID 氏名 (男・女) 生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)	診 断
生活史	
現病歴	
相談したいこと (相談希望者: 本人・家族・ケアスタッフ)	
所見・問題点のまとめ	
対 応	
<input type="checkbox"/> 本人・家族への説明, アドバイス <input type="checkbox"/> 医療機関との連携, 受診勧奨 <input type="checkbox"/> 保健福祉サービスとの連携 <input type="checkbox"/> 訪問ケアの実施, 継続	
訪問ケアの今後の方針 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
相談医	担当保健師・看護師