社会とのつながり処方箋

**様式①**

令和５年度【相談支援　依頼シート】

令和　　年　　月　　日（　　）

診療の場面で、**『生活面・健康面の相談支援』『地域の中での関わり』**が必要と思われる方があれば、下記までご連絡ください。

連絡先　養父市健康福祉部 **079-662-6141**

社会的処方推進課　担当　（　　　　　）



　　**医療機関名：　　　　　　　　　　　　医師名：**

患者氏名： 　　　　　　　　　　（男・女）

生年月日：S　H 　　年 　　月　　日生　 （ 　　歳）

住所：養父市

連絡先電話番号：

既往歴（疾患名）

**〇生活状況等で気になること、お困りごとについて**

（診察等を通じて、患者さんの該当する項目にチェックをつけてください）

□ 社会参加の機会がほしいと感じている

□ 仕事がしたい

□ 生活や経済的な不安を感じている

□ 気持ちが落ち込んでいる

□ 最近、疲労やストレスを強く感じている

　　□ 相談相手がほしい

□ 生活習慣の改善を図りたいと思っている

□ 生活実態不明

　　□ その他

令和５年度【支援状況　連絡シート】

**様式②**

令和　　年　　月　　日（　　）

**医療機関名：**

養父市 **０７９-６６２-6141**

社会的処方推進課

担当

**医師名：**

患者氏名： 　　　　　　（男・女）

生年月日：S　H 　　年 　　月　　日生　 （ 　　歳）

住所：養父市

連絡先電話番号：

既往歴（疾患名）

**〇支援に関わっている関連機関等**

　□市役所（社会福祉課・生活福祉、地域包括支援センター、健康医療課、

その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

　□高齢者相談センター　□ひきこもり相談センター『ポラリス』

　□相談支援事業所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　□社会福祉協議会（支所：　　　　生活支援コーデイネーター：　　　　）

　□朝来健康福祉事務所

　□民生委員・児童委員

　□家族・親戚・その他キーパーソン

　□その他（NPO、ボランティア団体　等　　　　　　　　　　　　　　　）

**〇障害者手帳　　無 ・ 有**(□身体 □知的 □精神 部位 、 種 級･度 年交付)

**〇介護保険　　　無 ・ 有**

□要支援1□要支援2□要介護1□要介護2□要介護3□要介護4□要介護5

**〇ケアマネジャー 無 ・ 有**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【主な支援内容と今後の予定】

地域包括

**本人確認欄　（本人または家族に了承いただきチェックレをお願いします）**

上記の内容について相談を申し込みます。

相談支援にあたり、市保健師等と健康状態等について情報共有することに同意します。＊個人情報は目的外には利用いたしません。

令和　　年　　月　　日　　　　　　　**□**　**本人または家族に了承済**