

同 意 書

(宛先) 大田区長

私は、以下の点について同意します。

- 1 大田区被保護者健康管理支援事業に参加すること。
- 2 氏名、住所及び生活歴等の個人情報を大田区長が指定する事業者に提供すること。
- 3 上記2の事業者が、健康管理支援を目的として必要な範囲内で上記2の個人情報を医療機関等に提供すること。

年 月 日

(自署)

住所 大田区

氏名

年 月 日

大田区被保護者健康管理支援事業に係る情報提供書（案）

ご担当医先生 机下

大田区福祉事務所長

対象者の生活状況について面談しましたので御報告いたします。
今後の治療にお役立ていただけますと幸いです。
また、下記「ご担当の先生へのお願い」にご記入の上、ご返送いただきますようお願いいたします。

面談概要

対象者	様	面談日	年 月 日
-----	---	-----	-------

ご担当の先生へのお願い

該当する項目にチェックをお願いいたします。
対象者への今後の健康管理支援、保健指導について御教示ください。

【食事】

食事制限がない 食事制限がある
詳細

【運動】

運動・活動の制限がない 運動・活動の制限がある
詳細

【禁忌・注意事項等】

【立案した行動目標への評価】

今回立案した行動目標継続の可否

※別紙に初回面談時に立案いたしました行動目標を記載しております。御確認ください。

可 不可
詳細

指定医療機関
所在地 及び 名称
院 (所) 長
担当医師 (診療科名)

⑩

同封しております返信用封筒にて御返送をお願いいたします。
返送期日 本書類受取後 2 週間以内

【問い合わせ先】

大田区福祉部 生活福祉課生活福祉第 係 担当
TEL: 03- (平日8:30-17:15)
所在地: 〒 大田区 丁目 番号 地域庁舎 階

初回面談結果報告(案)

大田区福祉事務所
(委託先)

対象者 ○○ ○○様

		面談結果	面談時に立案した行動目標
家族構成		(1. 独居 2. 家族と同居 3. その他と同居)	
治療	医療機関通院状況	詳細	詳細
	服薬状況	(1. あり 2. なし)	
	GE使用	(1. あり 2. なし)	
	詳細		
食事	食事量内訳	朝食 ○○% 昼食 ○○% 夕食 ○○%	詳細
	食事時間	朝食 ○:○ 昼食 ○:○ 夕食 ○:○	
	食事内容		
	間食	(1. ほとんどしない 2. する)	
	甘飲料	(1. ほとんど飲まない 2. 飲む)	
	飲酒	(1. ほとんど飲まない 2. 飲む)	
	詳細		
	詳細		
運動	意識して取り組んでいる運動 (種類・時間・頻度)	詳細	現状を維持する 詳細
	日常生活の中での活動 (通勤・家事等)	詳細	
その他	喫煙	(1. あり 2. なし) 詳細	詳細
	禁煙意思	(1. あり 2. 本数減らす 3. なし)	
	睡眠		
	起床	○○時○○分	
	就寝	○○時○○分	
	詳細		

大田区被保護者健康管理支援事業業務報告書
(年 月分)

1 業務内容

- (1) 医療扶助レセプト及び健康診査データの分析

- (2) 個別支援対象者の抽出

- (3) 対象者区分ごとの支援

- (4) ケースワーカー等との情報共有

- (5) 支援結果の最終報告

- (6) その他関連業務

2 その他特記事項