|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **作成者氏名** |  | * 年　月　現在
 |

② 〇〇さんの支援者一覧表

この一覧表は、ケースを中心に支援者をまとめ、共有するために作成するものです。

必要に応じて追加、変更などを行い使用しましょう。

※支援中心者には★をつけましょう。

**【介護保険・障がいサービス関係事業所】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 拠点病院 | ○○病院（神経内科） | ○市△町　℡××× |
| 協力病院 | △△病院 | ○市△町　℡××× |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ★○○ | ○市△町　　℡××× | 担当　〇〇 |
| △△ | ○市△町　　℡××× |  |
| ○△ | ○市△町　　℡××× |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**【専門医療機関】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〇〇区健康福祉課 | ℡××× | 担当〇〇 |
|  | ℡××× |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**【行政】**

**【往診医・かかりつけ医・歯科医等】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 往診 | ○○クリニック | ○市△町　　℡××× |
| 往診 | △△診療所 | ○市△町　　℡××× |
| 歯科往診 | ○◇歯科 | ○市△町　　℡××× |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 社会福祉協議会 | ℡××× |
| ボランティア | ℡××× |
| ○○町会長 | ℡××× |
| ○民生委員 | ℡××× |
| 地域包括支援センター | ℡××× |
|  |  |

**【緊急連絡先】**

|  |  |
| --- | --- |
| 難病相談支援センター | ℡××× |
| ハローワーク○○ | ℡××× |
| ○◇患者会 | ℡××× |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〇〇　△△（子） | ○市△町 | ℡××× |
|  |  |  |

**【難病相談関係】**

**【民間・その他】**

**【訪問看護事業所】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ○○訪問看護ST | ○市△町℡××× | 担当　〇〇 |
| △△訪問看護ST | ○市△町℡××× |  |
|  |  |  |

難病患者支援者のためのハンドブックより(新潟市)