

在宅医療担当医紹介依頼シート(事業所用)

保土ヶ谷区在宅医療相談室 宛て	患者氏名(イニシャル)	性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所(丁目まで)					
現在の状況	通院中 ・ 入院中 (退院予定日:)			身体障害者手帳	有 ・ 無
病名					
介護認定	未申請 ・ 申請中(申請日:) 自立 ・ 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5				
担当ケアマネジャー	所属事業所				
家族構成	独居 ・ 同居者あり	主介護者			
認知症	なし ・ 軽度 ・ 中重度	移動	自立歩行可 ・ 杖歩行可 ・ 車椅子移動可 ・ 移動不可		
受診歴のある市内の医療機関名		なし ・ あり(.)			
在宅医に希望すること等					

下記は該当の方のみご記入ください

特殊な医療	有 ・ 無 ※有の場合は下記「医療処置」欄にも記入してください。				
医療処置	経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃瘻 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻胃管) , 中心静脈栄養(<input type="checkbox"/> カテーテル ・ <input type="checkbox"/> ポート)				
	<input type="checkbox"/> 気管切開 , <input type="checkbox"/> 在宅酸素 , <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 , <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル , <input type="checkbox"/> 膀胱瘻				
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 , <input type="checkbox"/> ドレナージチューブ(部位:) , <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
	<input type="checkbox"/> 麻薬 , <input type="checkbox"/> その他(.)				
貴院での緊急時対応	可能 ・ 不可能 ・ その他(.)				
末期がん等でターミナルケアを要する場合					
病名告知	《本人》 済 ・ 未	《家族》 済 ・ 未	予測される生命予後	ヶ月 ・ 不明	
看取りの場に関する希望	《本人》 自宅 ・ 病院 ・ 未定	《家族》 自宅 ・ 病院 ・ 未定			
情報共有の承諾	本人	家族			
備考					

お口の診察	<input type="checkbox"/> 入れ歯の調整 <input type="checkbox"/> お口の掃除 <input type="checkbox"/> のみ込みの検査				
お口の状態	<input type="checkbox"/> 食事に時間がかかる <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> 声が変わった(ガラガラ声)				
	<input type="checkbox"/> 舌が汚れている <input type="checkbox"/> その他(.)				

依頼年月日	施設名
	所属
	担当者名
年 月 日	連絡先 TEL FAX