

在宅医療担当医紹介依頼シート(ご家族用)

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:)						
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				所属事業所名			
家族構成	独居 ・ 同居者あり	主介護者	なし ・ 配偶者 ・ 子 ・ 他()				
認知症	なし ・ 軽度 ・ 中重度	移動	歩行可 ・ 車椅子移動 ・ 移動不可				
受診歴のある市内の医療機関名		なし ・ あり()					
特殊な医療	有 ・ 無						
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()						
在宅医に希望すること等							

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	お名前					
年 月 日	連絡先	TEL	FAX			