

山口市在宅緩和ケア情報提供書

(診療情報提供)
記入日 年 月 日

(情報提供先)

様 (医療機関)
所在地
名称
医師氏名
連絡担当者氏名
電話

下記のとおり、在宅生活における保健・医療・福祉サービスに必要な情報を提供します。

ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
患者氏名			患者住所	山口市 TEL		
職業	有・無 ()		主介護者 連絡先	氏名	続柄	TEL
傷病名 (疑いを含む)	発症年月日 年 月 日 受診年月日 年 月 日 初発/再発 1. 初発 2. 再発 (年 月 日 初発)					
感染症	無・有 ()					
現在の診療形態	入院(退院日(予定)) 年 月 日 ・通院(回/) ・訪問診療(回/) 情報提供回数 回					
かかりつけ医	有(機関名 主治医名 TEL) ・調整中 ・調整要					
後方支援病院	有(機関名 主治医名 TEL) ・調整中 ・調整要 ・無					
訪問看護	有(機関名 主治医名 TEL) ・調整中 ・調整要 ・無					
相談・調整機関	有(機関名 主治医名 TEL) ・調整中 ・調整要 ・無					
調剤薬局	有(機関名 主治医名 TEL) ・調整中 ・調整要 ・無					
緊急時の対応	連絡先・連絡方法					
在宅医療処置等	<input type="checkbox"/> 麻薬() <input type="checkbox"/> 在宅酸素(業者名 TEL) <input type="checkbox"/> 導尿(留置・間欠) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻・胃) <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位) <input type="checkbox"/> その他()					
寝たきり度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知症高齢者の日常生活自立度	正常・有(I・II・III・IV・M)					
日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)						
移動	自立	一部介助	全面介助	食事	自立	一部介助・全面介助
排泄	自立	一部介助	全面介助	入浴	自立	一部介助・全面介助
着替	自立	一部介助	全面介助	整容	自立	一部介助・全面介助
必要と考える保健福祉サービス (調整必要 <input type="checkbox"/> 調整中・済み <input type="checkbox"/>)						
A	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 福祉機器貸与(ベッド・エアーマット・車椅子・歩行器・吸引器・吸入器・点滴スタント)					
B	<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 <input type="checkbox"/> 保健師訪問指導 <input type="checkbox"/> 給食サービス <input type="checkbox"/> その他()					
在宅福祉サービス利用時の留意事項 (上記Aのサービス利用の可能性のある場合には必ずご記入ください)						
入浴に関する注意(入浴時間や血圧、体温等)						
食事に関する注意(減塩や食事制限、食事形状等)						
現在の処方、薬物アレルギーに関する注意						
車両による送迎上の注意(送迎の許容時間、注意点等)						
その他の留意事項						

保健・医療・福祉サービス利用にあたり、上記の内容について関係機関に情報提供することを同意します。

住所
氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。