

## 在宅医療担当医紹介依頼シート

ちょうふ在宅医療相談室 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		
受診歴のある調布市内の医療機関名		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