

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 ・ 変更申請中(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
令和 年 月 日	所 属 担当者名 連絡先 TEL FAX