

在宅医療担当医紹介依頼シート

医師会 窓口 様	患者氏名(イニシャル)	性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所(丁目まで)					
保険種別	なし ・ 後期高齢者 ・ 国保 ・ 社保 ・ 生保		身体障害者手帳	有 ・ 無	
現在の状況	通院中 ・ 入院中 (退院予定日:)				
病 名					
特定疾患					
病歴の概要					
今回、地域包括支援センターに繋げる必要があるか(今回、介護のコーディネートが必要か)				必要 ・ 不要	
要介護度	未申請 ・ 自立 ・ 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5 ・ 申請中(申請日:)				
担当ケアマネジャー	担当ケアマネの所属先				
家族構成	独居 ・ 同居者あり	住居	有 ・ 無	主介護者	なし ・ 配偶者 ・ 子 ・ 他()
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		
受診歴のある区内(市内)の医療機関名	なし ・ あり()				
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"/> 麻薬投与 , <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			
貴院あるいは患者様から在宅医紹介についての希望事項					
主治医					
その他の連絡事項					
そ の 他 の 個 人 情 報 (書ける範囲で結構です)	治療・療養・看取りに関する本人の思い				
	生活史				
	性格	収入源			
	趣味・生きがい	介護者の思い			
	精神的な支えになる人	介護者を助けてくれそうな人			
備考					
※情報共有の承諾 本人(日時:) 了承 ・ 部分的了承 家族(日時:) 了承 ・ 部分的了承					

依頼年月日	施設名
	所 属
	担当者名
年 月 日	連絡先 TEL FAX