

## 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