

山口市在宅緩和ケア情報提供書

高齢・障がい福祉課
(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

印

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 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 平成 年 月 日 受診年月日 平成 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・V・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・点滴スタンド・その他)					
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が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
続柄

印