

大森在宅かえるクリニック患者依頼シート（不明な場所は空欄で大丈夫です）

	御施設名	担当者名					
依頼者		様			TEL:	()	
ふりがな	生年月日		昭和	大正	年	月 日 歳	
患者氏名	様	性別	男	女	現在の療養の場	自宅 施設(名称:)	
住所:	〒	—			TEL:	()	
主な疾病・既往症			医療機関・診療科・いつから・入院の有無、年月日				
			病院	科 (年 月 日～)	入院	有・無 (年 月 日～ 年 月 日)	
			病院	科 (年 月 日～)	入院	有・無 (年 月 日～ 年 月 日)	
			病院	科 (年 月 日～)	入院	有・無 (年 月 日～ 年 月 日)	
			病院	科 (年 月 日～)	入院	有・無 (年 月 日～ 年 月 日)	
これまでの経過							
感染症	B型肝炎	C型肝炎	梅毒	HIV	MRSA	ESBL	その他:
A D L	着替え	・自立・一部介助・全介助()			排泄	・自立・一部介助・オムツ()	
	食事	・自立・一部介助・全介助()			入浴	・自立・一部介助・全介助()	
	歩行状態	・自立・室内・車椅子・寝たきり()			麻痺	・無し・有り()	
	認知症(分かる範囲で)						
	自立度(分かる範囲で)						

医療処置	排尿カテーテル	無	尿道Ba	膀胱瘻	腎瘻	自己導尿	サイズ：	Fr	
	在宅酸素	無	有	流量	L	メーカー：			
	気管切開	無	有	カニューレ：		交換頻度：			
	インスリン	無	有	種類：		単位：			
	経管栄養	無	有	胃瘻	腸瘻	MZチューブ	メーカー：		
	点滴	無	抹消	カフティポンプ	CV	CVポート	メーカー：		
	褥瘡	無	有	部位：		大きさ：	中心部の色：		
	ストマ	無	人工肛門	回腸導管					
	その他								
介護サービス		事業所/担当者							
	ケアマネージャー			様	TEL：	()			
	訪問薬局				TEL：	()			
	デイサービス				週 回/	曜日/	時～	時	
	訪問介護				週 回/	曜日/	時～	時	
	訪問看護				週 回/	曜日/	時～	時	
	訪問リハビリ				週 回/	曜日/	時～	時	
保険	医療	種類・負担割合			限度額区分				
		70歳未満・前期・後期	3割・2割・1割		区分：		限度額：約	円	
	介護	支援・介護			3割・2割・1割				
	障害認定	無	有	認定級	種別：				
主介護者	名前	続柄		電話番号	携帯（緊急時連絡先）	住所（別居の場合）			
		様		()	()				
	在宅に対する考え								
	理解力 無 有	介護力 無 有	認知症 無 有	同居	別居	仕事 無 有：	曜日	時～ 時	
	備考(その他同居者等)								
意思確認	外来通院希望(並診)	無	有	前医への在宅移行連絡	無	有			
	病名告知	無	有	予後告知(限られている場合)	無	有	告知期間：		
	急変時方針	在宅看取り 搬送 決まっていない			増悪時方針	在宅優先	入院優先	病状によらず入院希望なし	決まっていない
	直近入院歴	無	有：病院名	年 月	増悪時の受け入れ対応	不可	可		
	退院共同カンファ	無	有	ご希望の日時：					