

東淀川区医師会 在宅医療機関紹介用シート

(本人・家族用)

(わかる範囲でご記入ください)

お名前(イニシャルのみ 姓・名)	・	性別	男 ・ 女	年齢	歳
ご住所(丁目まで)	大阪市東淀川区 丁目				
現在の状況	通院中 ・ 入院(入所)中(病院(施設)名:		退院予定日:)		
病名					
介護認定	未申請 ・ 申請中 ・ 自立 ・ 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5				
依頼している在宅介護支援事業所	なし ・ あり(事業所名:		担当ケアマネ名:)		
家族構成	独居 ・ 同居者あり	主介護者	なし ・ 配偶者 ・ 子 ・ 他 ()		
認知症	なし ・ あり ・ 不明	移動	歩行可 ・ 車椅子移動 ・ 移動不可		
受診歴のある東淀川区内の医療機関名	なし ・ あり ()				
特別な医療行為	なし ・ あり (ご存じなら以下の医療行為にチェックを入れて下さい)				
医療行為の内容	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 ()				
在宅医に希望すること等					

ご依頼年月日	お名前			
年 月 日	ご連絡先	TEL	FAX	

FAX 送信用

東淀川区医師会 在宅医療相談室
大阪市東淀川区豊新2-3-7

FAX:06-6326-8484 まで

