

東淀川区医師会 在宅医療機関紹介用シート

(医療・介護事業者用)

患者氏名(イニシャルのみ姓・名)	・	性別	男・女	年齢	歳
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(退院予定日:)			身体障害者手帳	有・無
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				
担当ケアマネジャー			所属事業所		
家族構成	独居・同居者あり	主介護者			
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		
受診歴のある東淀川区内の医療機関名	なし・あり()				
在宅医に希望すること等					
下記は該当の方のみご記入ください					
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 <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		
情報共有の承諾	本人 家族				
備考					

依頼年月日	施設名			
	所属			
	担当者名			
年 月 日	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

