

(様式2)

年 月 日

在宅療養後方支援病院 患者情報連絡票 (初回・2回目以降)
北部地区医師会病院 連携課 宛

在宅療養医療機関

名称 (担当:)

住所

連絡先 <TEL> <FAX>

※算定している項目にチェックしてください。

- 在宅時総合医学管理料 施設入居時等医学総合管理料 在宅がん医療総合診療料
 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く) ※その他 ()

フリガナ
氏名

生年月日 年 月 日生 年齢 才 性別 (男・女)

住所

連絡先

緊急連絡先<氏名> <続柄> <TEL>

※緊急時に連絡が取れ、治療方針など相談ができる方を記入してください

事業所名

ケアマネ担当名 <TEL>

傷病名

病状

処方薬剤 (お薬手帳や処方内容の写しで構いません)

※医療機器等の装着状況 (該当項目全てにチェックをしてください)

- 酸素療法 中心静脈栄養 経管栄養 (経鼻・胃瘻) 留置カテーテル 吸引
 人工呼吸器 気管カニューレ 人工肛門 人工膀胱 その他 ()

※日常生活自立度 寝たきり度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症の状態 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

※要介護認定の状況 申請済 申請中 未申請

要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)

※ACP

・病状悪化時の本人・家族の希望について 必要な治療を受けて、できるだけ長く生きたい

命が短くなる可能性はあるが心や体につらさを伴う治療はせず快適さを重視してほしい

わからない その他

・最期を迎える場所の希望 自宅 病院 その他

※これまでに受診(入院)したことのある病院名

()