**在宅患者連携相談シート**

ご記入できる欄にお書きください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼医療機関名（連絡先） |  | 診療科主治医名 |  |
| 前　　医 |  | ケア・マネージャー名 |  |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 大・昭　　年　 月　　日生（ 　　歳） |
| 住所・電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 病名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 要介護度 | □申請なし　□自立　□要支援1　□要支援2　□要介護（１・２・３・４・５） |
| 認知症自立度 | 自立　　　Ⅰ　　　Ⅱa　　　Ⅱb　　　Ⅲa　　　Ⅲb　　　Ⅳ　　　Ｍ |
| 医療･介護等の状況 | １．家庭環境及び介護状況 | 　 |
| ２．主病経過 |  |
| ３．現在の医療行為　（※該当するものに○） |
| 人工呼吸器　　気管カニューレ　　在宅酸素　　胃ろう　　経鼻栄養　　中心静脈栄養　　　膀胱留置カテーテル　　疼痛管理　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４．今後の方針（医師からの説明内容） |  |
| 希望する最期の場所 |  |
| 在宅中の症状増悪時対応 |
| **患者家族の希望** |

多摩市医師会TEL.042-372-3488（担当者　　　　）