**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：平成　　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 | 明・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　　　　）