**FAX042-372-8788　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：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼医療機関名（連絡先） |  | 診療科主治医名 |  |
| 前　　医 |  | ケアマネジャー名 |  |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 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）区分変更中 |
| 認知症自立度 | 自立　　　Ⅰ　　　Ⅱa　　　Ⅱb　　　Ⅲa　　　Ⅲb　　　Ⅳ　　　Ｍ |
| 相談内容 | 1. 在宅医の紹介
2. サービスの利用
3. 医療機関情報
4. その他
 |   |
| 医療･介護等の状況 | 1. 家庭環境

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　　　　　　 |
| **終末期医療に関する患者本人と家族の推測する本人の希望** |

多摩市高齢者在宅療養支援窓口・多摩市医師会　TEL.042-357-1677（作成者：　　）2018.4改訂