

宝塚市在宅療養患者 共通診療情報提供書

紹介先: 平成 年 月 日

医師: 紹介元:

所在地: 医師:

所在地

TEL: TEL:
FAX: FAX:
mail: mail:

フリガナ	患者氏名:	性別:	生年月日: 大 昭 平 年 月 日	感染症: HBsAg (+/-)	MRSA (+/-)	検出部位()
				HCV (+/-)		血液型 型 ()
				TPHA (+/-)		
入院・退院目的:				住所: 〒 TEL () □ 自宅、□ その他()		
傷病名: 1) 2) 3)				在宅療養場所:(住所と異なる場合は記載) 〒		
手術既往 有・無				時期: 年 月 日 術式	転移 有・無	部位: 最終確認時期:
現病歴: 治療経過 サマリ添付も可能						
採血結果: 検査日: 平成 年 月 日						
サマリ添付も可能 WBC (Neu % Ly %) RBC Hb Plt TP Alb T.il GOT GPT γ GTP 血糖 BUN Cr T.Bil Na K Cl Ca						
現在の症状	疼痛 有・無	部位: 程度: 0=なし 1=時折または断続的な痛みで、今以上の治療を必要としない 2=中等度の痛みで、時に調子の悪い日もあり、日常生活に支障あり 3=しばしばひどい痛みで、痛みによって日常生活や集中力に支障あり 4=耐えられない持続的な激しい痛みで、他のことを考えることができない				
	鎮痛処置 有・無	麻薬使用: □有()・ □無 麻薬の副作用: □有(□悪心・□嘔吐、□眠気、□便秘、□せん妄、□かゆみ、その他())・ □無 他の鎮痛剤使用: □有()・ □無				
	消化器症状 有・無	□嘔吐、□腸閉塞、□便秘、□下痢、□腹痛、□嚥下障害、その他() 程度を上記疼痛評価と同様に、0~4で評価ください。() 対処:()				
	呼吸器症状 有・無	□呼吸困難、□咳、□胸水、□喘鳴、その他() 程度を上記疼痛評価と同様に、0~4で評価ください。() 対処:()				
	精神症状 有・無	□抑うつ、□不安、□せん妄、□不眠、□興奮、□認知症、その他() 程度: □軽度、□重度、その他()。加療: □有・□無。専門医受診 □有・□無				
その他症状 有・無	全身倦怠感: 有(□重度、□軽度)・ □無。 食欲低下: □有(摂取程度 %)・ □無 浮腫 有(□著明、□軽度、部位())・ □無 / 発熱: □有・□無 / その他					

処方: 1)
2)
3)
4)
5)

処置: 中心静脈栄養、静脈ポート 末梢点滴 (投与方法: 持続、間欠 / 輸液量: ml/日)
持続皮下注射(経管栄養(栄養剤名 経管栄養(栄養剤名)
酸素吸入 (L/min) 在宅酸素療法 吸引処置 腎ろう PTCD
尿カテーテル(サイズ) 最終交換日(/) ストマ (部位:) 交換者(

褥創処置 有・無 部位:() / 深さ () 対策:使用マット()
 処置:軟膏 () ドレッシング () その他:()
 継続処置方法 ()

告知状況

	病 状			抗がん剤		麻 薬	
	病名	病状	予後	使用	説明	使用	説明
本人							
家族							

告知を行っている場合には「○」、行っていない場合には「×」
 告知を行っていても家族に対する説明と異なる場合には「△」で記入してください。

本人への病状の説明内容:
 本人の説明への理解:
 家族の説明への理解 :
 主治医が予測する余命:

食事: 自立 部分介助 全介助または不可 (食事内容: 普通食、トロミ食、キザミ、流動食、他)
 移動: 自立 部分介助 全介助または不可 ベッドからポータブルトイレや車椅子への移動で判断
 会話: 談話可能 簡単な会話可能 意思疎通可能 他の伝達方法を利用()
 娯楽: テレビや本を見る余裕: 有・無
 入浴: 自立 部分介助 全介助 不可 (訪問入浴: 可・不可・不明) 清拭
 歩行: 50m以上の自力歩行可 (補装具着は可) 50m以上の介助または歩行器使用だと歩行可
歩行不能の場合、車椅子にて50m以上の自力操作可能 該当なし(歩行不可)
 階段昇降: 自立 (手すり使用可) 介助または監視を要す 不可
 着替え: 自立 部分介助 全介助または不可
 排泄: 失禁(尿・便)なし 時に失禁(尿・便)あり、オム着用有、無 不可 ・排泄の介助: 要・不要

介護体制: 介護保険: 認定済み (要支援 ・要介護)
 認定期間: (年 月 日 ~ 年 月 日)
 主たる介護者: 配偶者 子供 その他
 キーパーソン: 上記主介護者と同じ
上記主介護者以外 (氏名) 続柄:
 介護力: 有 / 無 (具体的に:

家族構成(図式)本人は◎、死亡者は■/●で塗りつぶす。

緊急時対応: 優先的に入院 空床があれば 要相談 その他 ()
 相談場所: 日中: 担当医 連携室 夜間: 救急室 その他 ()

最後の療養について: 信仰など、治療上留意すべきこと:
 本人 (自宅・病院・未定)
 家族 (自宅・病院・未定) 入院・退院予定日: