様式　医連-1

　 小川赤十字病院　　保管用**在宅療養後方支援病院　＜患者様向け説明書＞**

説明日 令和　年　月　日

生年月日　 　　　 年　 　月　　日

医療機関

氏　名 　　　　　　　　　　　　 様

説明者

　小川赤十字病院は、あなたが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、在宅医療を担当する医療機関からの連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。また、その際に入院が必要となった場合は、原則として当院で入院治療を行います。万一、当院で入院治療が行えない場合は、当院が適切な医療機関へ紹介します。なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、医療機関とあなたの診療情報等について情報交換を行います。

**緊急時に受け入れを希望する医療機関**

名　称：小川赤十字病院

　住　所：〒355-0397　埼玉県比企郡小川町小川1525

　連絡先：〔平日（月～金）　8：30～17：15〕　医療連携室　TEL：0493-71-5776（医療連携室直通）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　0493-72-2333（代表）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX：0493-71-5779（医療連携室）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 在宅療養を担当している医療機関 | |  | |
| 名　称 |  | 担当医師連絡先 |  |
| 住　所 |  |  |
| 患者さんに関する情報 | |  |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　所 |  | 連絡先 |  |
| 症状等 | 別紙1に記載 |  |  |

　　　　　〔時間外（17：15～翌日8：30）および休祝日〕時間外受付　TEL：0493-72-2333（代表）　　　　**上記医療機関が対応できなかった場合に搬送を希望する医療機関**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２．

令和　　　年　　月　　日　　　　**上記に同意します**続柄

患者氏名　 　 　　　　　　　　　　　同意者 　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）

様式　医連-2 　　　　　　病院提出用

**別紙1.　　　　＜初回＞在宅療養患者診療情報提供書**

在宅医療を担当している医療機関情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名 称 |  | 担当医師 |  |
| 住 所 | 〒 | 電話番号 |  |
| FAX |  |

患者様に関する情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 男　女（　　歳） | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒 | | | 電話番号 |  |
| 同居家族 | 無  あり 配偶者・（　　　　　） | | | 介護者 | 氏名（　　　　　　）　　　　続柄（　　　　　　） |
| 緊急連絡先 | 氏名（　　　　　　　） | 住　所 | 〒 | | |
| 続柄（　　　　　　　） | 電話番号 | 自宅等：  携　帯： | | |
| 傷病名 |  | 既往歴 |  | | |
| 治療経過禁忌情報 |  | | | | |
| 処方 |  | | | | |
| 算定項目 | 在宅医学総合管理料  特定施設入居時等医学総合管理料  在宅がん医療総合診療科  在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く） | | | | |

様式　医連-3 ご本人様・ご家族様 記入用 　　　　　　　　　　　　　病院提出用

**別紙２．　　　　　　＜初回＞在宅療養患者診療情報提供書　　　　　　　　　　　　　様**

|  |  |
| --- | --- |
| 蘇生　　　　延命処置　　について | **急変時の延命処置を希望されますか**  ご本人様　希望する　　希望しない　　未確認  ご家族様　希望する　　希望しない　　状況・内容によって決めたい 　　　　　　　　**延命処置希望内容** 　人工呼吸器 心臓マッサージ　昇圧剤の使用  他（　　　　　　　　　　　　） |
| 呼吸管理 | 不要  要　　HOT・気管切開・人工呼吸器・吸引・他（　　　　　　　　　　　） |
| 感染症 | なし  あり　 HBs抗原・　HCV抗体・　梅毒RPR定性・TPHA定性  他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 皮膚疾患 | なし  あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 褥　瘡 | □なし  □あり　部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　 処置内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 認知機能 | 認知症　　なし　　あり（　軽度　中等度　高度　） |
| 問題行動 | なし  あり（　大声　不穏　せん妄　徘徊　暴力行為　不潔行為　）  　　 （　その他症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護保険 | 未申請申請中　要支援（1２）要介護（１２３４５）  ケアマネジャー：　　　　　　　　　　事業所名： |
| 訪問看護 | 介入なし  介入あり　　事業所名： |
| 移　動 | 独歩  杖　歩行器　車椅子（全介助・一部介助・自走）ストレッチャー |
| 排　泄 | 介助なし　（トイレ・ポータブルトイレ・ストマ・尿道カテーテル）  介助あり　（トイレ・ポータブルトイレ・ストマ・尿道カテーテル・おむつ） |
| 清潔行為 | 自立  介助あり　（お風呂・清拭・整容・口腔ケア・爪切り） |
| 食　事 | 自立  介助 食事内容：米飯　おかゆ　他（　　　　　　　　　　　　）  経管栄養：(鼻・胃ろう・他　　　　　　　　　）　経静脈栄養 |
| 口腔ケア | 自立　（方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　 不可　（方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 意思疎通 | 可  不可（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |