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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |