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（[ ] 1[ ] ２）[ ] 要介護（[ ] １[ ] ２[ ] ３[ ] ４[ ] ５） 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |