

# (初回) 在宅療養患者診療情報提供書

病院提出用

平成 年 月 日

貴医療機関名	【本患者について算定している項目にチェック】				
所在地	<input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料				
TEL	<input type="checkbox"/> 特定施設入居時等医学総合管理料				
FAX	<input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料				
医師名	<input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く）				
下記の患者様を紹介します。					
フリガナ 患者氏名	( ) 男・女	生年 月日	M T	S H	年 月 日
住所・電話	〒 TEL ( )				
同居の家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 配偶者・子・( )	主たる 介護者	氏名 ( ) 続柄 ( )		
緊急連絡先	氏名 ( ) 続柄 ( )	住所			
		電話			
		携帯			
傷病名	既往歴				
治療経過 禁忌情報					
処方内容					
呼吸管理	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（気管切開・HOT・人工呼吸器・吸引・他_____）				
感染症	HBs抗原( ) HCV抗体( ) 梅毒RPR定性( ) TPHA定性( ) ※実施済みの場合記載				
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位_____)		
問題行動 認知症など	問題行動（ <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> ( ) 認知症（ <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度） [ ]				
蘇生の為の 延命処置につ いて	ご本人（家族）は、急変時の延命処置について希望されていますか？ <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 希望する（人工呼吸管理・心臓マッサージ・昇圧剤の使用・他_____）				
訪問看護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 事業所名 ( )				
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支援：1 2 要介護：1 2 3 4 5 ケアマネ 事業所名 ( ) 担当者 ( )				
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす（全介助・一部介助・自走）			
	食事	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管（鼻 胃ろう 他_____） <input type="checkbox"/> 経静脈栄養			
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> おむつ			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( )			