

訪問診療導入シート

【記入日】平成 年 月 日() 【所属・記入者】

<p>【患者氏名】 (男・女) 【生年月日】 年 月 日(歳)入院中 【住所】 <input type="checkbox"/> 自宅 【TEL】 <input type="checkbox"/> 施設 【退院先住所】 【TEL】</p>	<p>【症状】 * * * * *</p>
---	--

<p>【主病名】</p> <p>【既往歴】</p>	<p>【医学的問題点】 * * * *</p>
---------------------------	---

<p>【家族構成】</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	<p>【キーパーソン】 氏名(続柄) TEL 【主介護者】 氏名(続柄) TEL 【介護に携われる方】 氏名(続柄) TEL</p>	<p>【医師の病状説明内容】</p> <hr/> <p>【告知について】 ※主病名が癌の場合、必ず記入して下さい 本人へ 家族へ</p>
--	---	--

<p>【訪問看護】</p> <p>【ケアマネジャー氏名】</p> <p>【事業所名 TEL】</p>	<p>【病気の解釈】 本人: 家族:</p>
--	---

<p>【訪問診療までの経過】</p>	<p>【医師の説明での予後の見通し】 <input type="checkbox"/> 数日 <input type="checkbox"/> 数週間 <input type="checkbox"/> 数ヶ月 <input type="checkbox"/> 半年以上 (具体的に:)</p> <p>※ターミナル期の方は、必ず記入して下さい 【看取りの場所に関する希望】 <input type="checkbox"/> まだ決めていない</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅(施設)で <input type="checkbox"/> 病院で <input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望</p> <p>【介護度】 要介護() 要支援()</p>
--------------------	---

