

ふりがな		性別	
患者氏名			
生年月日	年	月	日 歳

主病名					
現病歴 *他院受診中の場合、医療機関名もご記入ください	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報添付				
既往歴	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報添付				
心身の状態	1 寝たきり度 ( J A B C ) *障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準 2 認知度 ( I II III IV M ) *認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 3 介護保険の利用有無 ( 有 ・ 無 ) 介護度 ( ) 4 精神状態 (不眠 ・ 徘徊 ・ 夜間せん妄 ・ その他 ( ) ・ 無 ) 5 障害状態 (言語障害あり ・ 視力障害あり ・ 聴力障害あり (運動障害あり ( ) ・ 無 ) 6 介助が必要なものに○ 食事・排泄・着脱衣・入浴・歩行・その他 ( ) 7 褥瘡 ( 有 (部位 : ) ・ 無 ) 8 感染症 ( )				
在宅で使用 の医療機器	1.留置カテーテル 2.経管栄養 3.吸引器 4.酸素療法 5.気管カニューレ 6.麻薬の持続注入 7.その他 ( )				
主な治療内容(処方薬剤等) <input type="checkbox"/> 別紙診療情報添付					
治療上の特記事項 <input type="checkbox"/> 別紙診療情報添付					
延命(救命)治療について患者・家族とご相談された際の患者・家族のご希望に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 心肺機能が低下した時の心肺蘇生を希望する 生命を脅かす状態時には、気管挿管や人工呼吸器など積極的、侵襲的な医療処置を希望する <input type="checkbox"/> 心肺機能が低下した時の心肺蘇生を希望しない 酸素投与や点滴など侵襲度が低い医療処置、苦痛を緩和する医療処置のみを希望する <input type="checkbox"/> 延命治療は何もせず、自然のままを希望する <input type="checkbox"/> その他 ( )					

医療機関名  
医師名  
住所  
TEL  
FAX