

在宅療養後方支援患者 情報提供書

【社会医療法人大道会 森之宮病院専用】

ふりがな		性別
患者氏名		
生年月日	年 月 日	歳

年 月 日

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 ()	
在宅で使用中の医療機器	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

2025.9改訂