

【医療スタッフが記入⇒K-MCRへFAX返信(FAXのみで可)】

豊橋医療センター 緩和ケア患者紹介連絡票

■記入者 (Ns・Dr)/ 記入日 年 月 日

患者名	様	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
家族構成		キーパーソン 氏名・連絡先	様(続柄)
			①() -
			②() -
患者の所在	<input type="checkbox"/> 入院中(病棟) 退院の予定(月 日) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()		
社会的問題等	家族に関する問題	<input type="checkbox"/> 家族関係に問題あり <input type="checkbox"/> 家族の協力が得られない	
	キーパーソンについて	<input type="checkbox"/> 身元引受人としての遂行能力に問題あり <input type="checkbox"/> 家族以外の方がキーパーソンである	
	経済状況に関する問題	<input type="checkbox"/> 医療費の支払いに不安あり <input type="checkbox"/> 生活費の不安あり <input type="checkbox"/> 金銭管理上の問題あり <input type="checkbox"/> 生活保護受給者	
	特記事項	<input type="checkbox"/> なし	
病状等の説明	患者に対して	病名	<input type="checkbox"/> 済(年 月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未
		病状	<input type="checkbox"/> 済(年 月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未
	キーパーソンに対して	病状(予後を含め)	<input type="checkbox"/> 済(期間) ・ <input type="checkbox"/> 未説明
		急変の可能性	<input type="checkbox"/> 済(年 月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未

医療処置等 (※必須記載事項)

精神・ 神経状況(※)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健忘	<input type="checkbox"/> 失見当識	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 失認
	<input type="checkbox"/> 失行	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 自発性低下	<input type="checkbox"/> 傾眠
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 興奮・易怒的
	<input type="checkbox"/> 介護抵抗・拒否	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 依存症(アルコール・ギャンブル)	
	<input type="checkbox"/> その他()				
医療処置(※)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 点滴管理(<input type="checkbox"/> 末梢・ <input type="checkbox"/> 皮下・ <input type="checkbox"/> 中心静脈)		<input type="checkbox"/> 酸素療養	ℓ/分 <input type="checkbox"/> 気管切開
	<input type="checkbox"/> 吸引	回/日	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 腎瘻(<input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右)	<input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 褥瘡処置
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位:)				
	<input type="checkbox"/> その他()				
感染症(※)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (菌名:)		検出部位:)	
意思の伝達(※)	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 伝えられない	<input type="checkbox"/> 全盲	<input type="checkbox"/> ろうあ
介護者の指示	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 時々通じる	<input type="checkbox"/> 通じない		
福祉サービス 利用状況	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(種 級)		<input type="checkbox"/> 申請中
	介護保険認定	<input type="checkbox"/> 要支援・要介護() <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 月 日) <input type="checkbox"/> 未申請			
	サービス利用状況				