

みどり訪問クリニック患者依頼シート

エリア担当医師 (姜先生) 担当者:

記入日: 2019年 4月 8日

依頼者:	訪問支援センター〇〇 山田様	TEL:	052-101-1010
ふりがな	みどり たろう	生年月日	昭和 17年 1月 14日 75歳
本人氏名:	緑 太郎 様 男	現在の療養の場	(自宅)
住所:	名古屋市緑区大清水〇丁目〇〇番地	TEL:	052-123-4567
主な疾病	医療機関名・診療科・担当医		
1	腎臓体部癌	〇〇大学病院	
2	胆管内乳頭状腫瘍	〇〇先生	
3	肺気腫		
4			
感染症	B型肝炎 (-) C型肝炎 (-) 梅毒 (-)		
ADL	着替:	全介助	
	食事:	全介助	
	屋外歩行:	寝たきり	
	屋内歩行:	不可	
	排泄:	全介助	オムツ: 有
	入浴:	全介助	
	麻痺:	無し (部位: )	
医療処置	認知症:	無し	コミュニケーション: 可
	点滴:	無し (CV 末梢)	気切: 無し
	経管:	無し (胃瘻 NGチューブ)	インスリン: 無し
	尿カテ:	無し (尿カテ Fr 膀胱瘻)	褥瘡: 無し (部位 大きさ)
	酸素:	無し	ストマ: 無し
	吸引: 必要:	無し	その他: 無し
	サービス	ケアマネ事業所名:	支援センター〇〇 山田様
訪問事業所名:		〇〇〇〇	デイ事業所名: あるくプラス
ヘルパー事業所名:			訪問回数: 2回/週
その他:		福祉 ベットあり	
保険	医療 不明割 医療証:	限度額区分:	
	介護: 要支援 要介護 3	負担割合 1割	

留意点

1. ご本人・ご家族は、主治医からどのような症状説明を受けていますか。  
 ・今後起こりうる合併症の説明、ご本人のお人柄等をご記載下さい。  
 ・また、処方内容もお分かりでしたら別紙にて添付をお願いします。

H26.12.12 胃体部癌にて〇〇手術を実施。術後十二指腸断端分の縫合不全から腹腔内腫瘍を併発。緊急ドレナージ管理を行った。ドレーン管理に伴いADLが低下、リハビリ治療を継続していたが、リハビリに拒否がありPTも対応に苦戦していた。ご本人のお人柄は、頑固で家族の言う事をきかない傾向あり。妻の介護負担が大きくなり、3月中旬より半日のリハビリ強化型デイへ週2回通所。

3月あたりから食事が食べれなくなり、体重減少が顕著。(特にここ2週間)好きなもの(ゼリー)は食べるが下痢をすることが増え、食べて下痢になると、食べなくなってしまう。

ここ2週間程前からベッドから動きたくないといい、食事着替えもベット上で行う。訪看とCMの説得により、往診医を依頼。本人はベッド上でゆっくりしたい。家族も本人の希望を汲みたいとのこと。

今後の通院	無 or 有	前医の在宅移行承諾	未 or 済
病名告知	未 or 済 (本人・家族)	予後告知	未 or 済 (本人・家族)
看取り	病院 or 自宅	急変時の受入	不可 or 可
退院時カンファ	不可 or 可	直近入院日	年 月 日

主介護者

お名前: (続柄: 妻) 緑 花子 様 同居・別居 (名古屋市 緑区)

お人柄: とても明るい方。最近は少し落ち着いたが、少し前まで介護疲れがひどく、ご自身の体調不良もあった。持病はなし。

理解力(無・有)、仕事(無・有: 時~ 時)、介護力(無・有)、体力(無・有)、認知症(無・有)

その他の介護者

お名前: 様 同居・別居 (名古屋市 緑区)

近くに住む次男のお嫁さんが介護に協力的。訪問入浴導入前は、お嫁さんが入浴介助していた。

理解力(無・有)、仕事(無・有: 時~ 時)、介護力(無・有)、体力(無・有)、認知症(無・有)

お名前: 様 (続柄: ) 同居・別居 (市 区)

お人柄:

理解力(無・有)、仕事(無・有: 時~ 時)、介護力(無・有)、体力(無・有)、認知症(無・有)