

様式2-1

送付先：名古屋市医師会 各区在宅医療・介護連携支援センター

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システム 地域資源情報提供依頼書

平成 年 月 日

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システムに基づき、地域資源の情報提供を依頼します。

施設名	
施設所在地	〒
担当窓口（担当者）	
連絡先	電話番号：（ ） - /FAX番号：（ ） -

■ 依頼内容（※療養者情報は添付様式にご記入ください）

職種	医療機関（在宅医療提供） ・ 訪問看護ステーション ・ ケアマネジャー その他（ ）
依頼理由	例）在宅療養の開始にあたり、介護サービスの導入を検討するため。

■ 情報提供（センターからの回答）

施設名	郵便番号	住所	電話番号

※裏面もご記入ください。

様式2-1、2-4(裏面)

療養者情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日
現住所 (町名まで)	〒		現況 通院中・入院中
病名			
病歴要約			
介護認定	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済		
	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5		
担当ケアマネジャー	※居宅介護支援事業所名等をご記入ください。		
訪問看護師	※訪問看護ステーション名をご記入ください。		
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主介護者		関係性	
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中重度 <input type="checkbox"/> 重度		

以下は該当する場合のみご記入ください。

特別な医療	あり ・ なし		
対応が必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養（カテーテル）		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ポート） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 人工肛門		
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 人工透析		
	<input type="checkbox"/> N P P V <input type="checkbox"/> その他 ()		
緩和ケア	病名告知	【本人】 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未	【家族】 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未
	予後告知	【本人】 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未	【家族】 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未
看取りの場に対する希望	【本人】 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院	【家族】 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院	
特記事項（ご希望の医療機関等がある場合はご記入ください。）			