

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 在宅アセスメントシステム利用申請書

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、在宅アセスメントシステムの利用を申請します。

医療機関名	
医師名	
医療機関所在地	〒
連絡先	電話番号：(      )      -      /FAX番号：(      )      -

■ 依頼内容

希望年月日	平成 年 月 日 (      ) 午前・午後 時 分
希望後方支援病院等	
<b>依頼アセスメント項目</b> （基本セット以外に追加希望のオプション項目があれば選択してください）	
<input type="checkbox"/> 1. 運動機能アセスメント	<input type="checkbox"/> 2. 栄養状態アセスメント
<input type="checkbox"/> 3. 摂食・嚥下・口腔ケアアセスメント	<input type="checkbox"/> 4. 褥瘡アセスメント
<input type="checkbox"/> 5. 認知症（物忘れ）アセスメント	
特記事項	

※裏面もご記入ください。

※「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 利用同意書」（写し）を併せてご提出ください。

※事務局記入欄

平成 年 月 日

受理印

## 様式4-1(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	
病名	通院中・入院中		
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"/> NPPV <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。）		