

### 看取りサポート対応確認票

下記の在宅医療サポート医による看取りサポート依頼期間内における対応確認票をご記入の上  
所在区センターへご提出をお願いいたします。

また、対象患者・ご家族、訪問看護ステーションへは利用医療機関よりご説明していただきま  
すようお願いいたします。

| 看取り時 | 急変時         |
|------|-------------|
| ご家族等 | ご本人もしくはご家族等 |



|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 訪問看護ステーション<br>事業所名：<br>電話番号※： | 訪問看護ステーション<br>事業所名：<br>電話番号※： |
|-------------------------------|-------------------------------|



|             |   |
|-------------|---|
| 看取りサポート連絡窓口 | かかりつけ医<br>かかりつけ医以外の医師 ※在宅医療サポ<br>ート医は対応しかねます。<br>医療機関名：<br>医師名： |
|-------------|---|



|           |
|-----------|
| 在宅医療サポート医 |
|-----------|

※24時間繋がる番号をご記入ください