

## （様式⑩-1, 2）患者の受け入れ状況について

記入年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 （支援年度： \_\_\_\_\_ 年度分）

記入者：機関名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| 患者氏名・性別                                     | （イニシャルで“氏・名”）<br>男・女   |
| 生年月日・支援開始時年齢                                | 年 月 日生（ ）歳   |
| 住所（市町村名）                                    | 白石市・角田市・蔵王町・七ヶ宿町・大河原町・柴田町・村田町・川崎町・丸森町・他  |
| 病名  |  |
| 主症状   | 疼痛の有無（有・無） 医療用麻薬の使用の有無（有・無）<br>支援開始時の ADL（J・A・B・C）及び PS（1・2・3・4）   |
| 紹介病院名                                       |  |
| バックベッドの確保の有無                                | 病院に戻ることを想定していない・無・有（病院名 _____）   |
| 在宅支援開始年月日                                   | 年 月 日（複数の支援者が介入する場合、より早い月日とする）   |
| 在宅支援終了年月日                                   | 年 月 日（死亡又は地域支援終了月日）  |
| 転帰・看取りの場所                                   | 自宅看取り・医療機関・特養・老健・その他（ _____ ）  |
| 支援に関わった関係機関名<br>（支援開始から終了までに<br>関わったすべての機関） | 地域主治医（ _____ ）<br>訪問歯科（ _____ ）<br>保険薬局（ _____ ）<br>訪問看護ステーション（ _____ ）<br>居宅介護支援事業所（ _____ ）<br>居宅介護サービス（ _____ ）<br>地域包括支援センター（ _____ ）<br>施設サービス（ _____ ）<br>その他（ _____ ）   |
| 療養状況<br>◆該当する項目を○で囲む                        | 酸素吸入・人工呼吸器・吸引・膀胱等留置カテーテル・ドレナージチューブ・人工肛門・<br>人工膀胱・中心静脈栄養・末梢静脈輸液・持続皮下輸液・胃ろう・経腸栄養（経鼻胃管等）・<br>持続皮下注射（麻薬・その他）・鎮静・褥瘡処置・排便コントロール<br>その他（ _____ ）                                      |
| 経過<br>（※自由記載）                               |  |
| 患者・家族の感想（満足度等）<br>（※自由記載）                   |  |
| 問題点・課題<br>◆該当する項目を○で囲む                      | 独居・日中独居・老老介護・介護力不足・介護疲労・介護者家族の不安・若年の患者・<br>患者の不安・見守りの問題・同居家族の無関心・家族（介護者）の体調不良・介入困難（患<br>者）・介入困難（家族）・意見の不一致（患者、家族）・連携の問題・医療費の問題・介護保険<br>の問題・訪問困難（距離、悪路等）・制度の問題・その他<br>（ _____ ） |
| 連絡会に伝えたいこと等<br>（※自由記載）                      |  |