

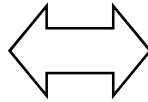
主治医 ⇔ ケアマネジャー連絡票 (訪問看護サービス利用に関わる医師意見)

依頼日 令和 年 月 日

医療機関名

診療科

医師氏名



事業所名

介護支援専門員(依頼者)

所在地 北見市

連絡先 TEL

FAX

日頃より大変お世話になっております。下記の医療系サービス利用につき、先生のご意見とご了解についてお問合せさせていただきます。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご回答頂けると幸いです。

なお、本件について、介護支援専門員が医師より意見を頂くことについて、利用者の同意を頂いております。

私は、介護支援専門員が医師より情報提供を受けることに同意します。利用者サイン： _____ ㊞

フリガナ		介護度	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 申請中
利用者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
			<input type="checkbox"/> 女	年 月 日生	才
住所	北見市			電話	

【訪問看護が必要と考えた利用者の状況】該当箇所に☑をしています

現在の療養状況	食生活	<input type="checkbox"/> 食事の摂取量が少ない	<input type="checkbox"/> 食事内容に極端な偏りがある	<input type="checkbox"/> 水分摂取量が少ない
		<input type="checkbox"/> 脱水を起こしやすい	<input type="checkbox"/> 誤嚥しやすい	
	排泄	<input type="checkbox"/> 便秘がある	<input type="checkbox"/> 頻尿がある	<input type="checkbox"/> 尿が出にくい
	清潔	<input type="checkbox"/> 入浴時脈や血圧が変動しやすい	<input type="checkbox"/> 入浴や清拭の介助が必要	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔が保てない
	移動	<input type="checkbox"/> 転倒の既往がある	<input type="checkbox"/> 現在病状は安定しているが、生活状況により悪化する可能性がある	
医療処置	その他	<input type="checkbox"/> 精神的に不安定	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> むくみがある <input type="checkbox"/> 急激な体重低下がある
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養
		<input type="checkbox"/> 疼痛管理	<input type="checkbox"/> 腹膜透析	<input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 各種カテーテル管理
		<input type="checkbox"/> 創や褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> 尿路系管理 (<input type="checkbox"/> 留置カテーテル・ <input type="checkbox"/> 自己導尿・ <input type="checkbox"/> 人工膀胱)	
服薬		<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> マスク式・ <input type="checkbox"/> 気管切開下) <input type="checkbox"/> その他		
		<input type="checkbox"/> 決められたように薬が飲めない(飲み残しや、予定より早く薬がなくなることがある)		
リハ		<input type="checkbox"/> 薬に対する理解が不十分であり、服薬が中断する心配がある		
		<input type="checkbox"/> 寝たきりや廃用症候群になりやすい <input type="checkbox"/> 継続してリハビリが必要		
療養全般		<input type="checkbox"/> 終末期を自宅で過ごしたいという希望がある	<input type="checkbox"/> 病状が不安定で、入退院を繰り返している	
		<input type="checkbox"/> 在宅療養に対する本人・家族の不安が大きい	<input type="checkbox"/> 家族の負担が大きい	
		<input type="checkbox"/> 一人暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 日中に家族が不在等介護する人がいない
その他				

【医師記載欄】医師よりケアマネジャーへの回答及び意見 (該当箇所に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/> 訪問看護の利用が必要と考えます	<input type="checkbox"/> 訪問看護の利用は不要です	<input type="checkbox"/> その他(下記記載)
訪問看護の際の留意事項・不要事由・その他記載欄		
回答日：令和 年 月 日 医師名：		

※情報を提供した医師は、月1回に限り「診療情報提供料I」として算定することが可能です。