

在宅医療患者情報共有シート

作成日 平成 年 月 日

医療機関名	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所		
医師名			
住所	さいたま市	区	
TEL	緊急時の連絡先		
FAX			
患者名	患者または家族の同意 <input type="checkbox"/> 有		
生年月日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
住所	市	区	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設
	キーパーソン:	患者との関係	連絡先
傷病名	①	訪問看護ST	
	②	担当看護師	
	③	TEL	
	④	介護支援事業所	
	⑤	担当ケアマネ	
	⑥	TEL	
家族歴および既往歴		アレルギー・禁忌	
経過および所見			
要介護度	要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)		
障害高齢者の日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
直近の診療内容	治療方針および緊急時の対応に関する情報		
処置等	その他特記事項		

大宮在宅医療支援センター処理欄

受付日		登録処理日	
-----	--	-------	--