# 在宅情報シート

令和　　年　　月　　日　　記載日

| | | | |
|---|---|---|---|
| （ID）<br>患者氏名 | （ID） | | 生年月日　　歳 |
| 自宅住所 | 電話番号 | | |
| 家族構成 | | 家族の介護<br>状況・問題 | |
| 介護者について<br>（キーパーソン） | 1.　　（　　）2.　　（　　） | | |
| 主治医 | | 既往歴 | |
| 診断名 | | 告知 | □未　□済（　　） |
| 現在行っている<br>医療内容<br>（レ点を付けて<br>ください） | □点滴<br>□注射　（　　）<br>□吸引<br>回数　回　内日中　回　夜間　回<br>□吸入<br>□褥瘡処置（部位：　　）<br>（処置：　　）<br>□疼痛の管理（　　）<br>□尿道留置カテーテル（サイズ：　　）（最終交換日：　　）<br>□その他（　　） | □ポート　（種類　　挿入日：　　）<br>□ストーマ<br>□経管栄養（種類　　メーカー：　　）<br>↳□経鼻　又は　□ＰＥＧ※詳細は食事欄へ<br>□酸素療法（種類　　メーカー：　　）<br>□ﾚｽﾋﾟﾚｰﾀｰ管理（種類　　メーカー：　　）<br>□気管切開（種類　　メーカー：　　）<br>□透析 | |
| 訪問診療導入ま<br>での経緯<br>申込理由 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 現在の<br>ＡＤＬ状態 | 項目 | 状態 | 備考 |
| | 麻痺 | □有　□無 | |
| | 歩行 | □自立　□介助　□全介助 | |
| | 食事 | □自立　□介助　□全介助 | |
| | 排泄 | □自立　□介助　□全介助 | |
| | 入浴 | □自立　□介助　□全介助 | |
| | 視力 | □支障有　□支障無 | |
| | 聴力 | □支障有　□支障無 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 認知症 | □有　□無　（症状　　） | | |
| 介護保険 | 介護度： | 利用サービス： | |
| 訪問看護 ST | | | 電話番号（　　）　　- |
| 介護支援専門員 | | 事業所名 | 電話番号（　　）　　- |
| 訪問薬剤薬局名 | | | 電話番号（　　）　　- |
| 在宅ﾈｯﾄﾜｰｸ | □　未　　□　済 | 導入面談日： | 初回訪問日： |

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿　　記入者＿＿＿＿＿＿＿＿