

訪問診療
インタビューシート

宮崎県済生会日向病院
TEL:0982-63-1321 FAX:0982-63-8010

患者本人	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢		生年月日	年 月 日	現在状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中	
	介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護 ()	障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	種別 ()	等級 ()	認知症 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	保清	<input type="checkbox"/> 自力入浴 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 臥床入浴 <input type="checkbox"/> 清拭	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 間欠的導尿 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門					
	食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			高齢者自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
予定訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	住所					施設名 (施設の場合)				
	施設種別 (施設の場合)	<input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 健康型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他 ()									
家族主介護者	氏名		続柄		電話番号		住所	<input type="checkbox"/> 患者と同居 <input type="checkbox"/> 別居 ()			
介護福祉支援	居宅支援事業所名					ケアマネジャー氏名					
	その他のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> デイサービス () <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ () <input type="checkbox"/> 訪問入浴 () ※利用中の場合は事業所名を記入									
疾患病状	主病名				併存病名						
	現在の医療機関名									<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	
	該当する医療行為・器具	<input type="checkbox"/> CV (中心静脈) ポート <input type="checkbox"/> 吸引・吸痰 <input type="checkbox"/> 医療用麻薬 <input type="checkbox"/> ペースメーカー・植込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 (在宅酸素療法) <input type="checkbox"/> 自己注射製剤 <input type="checkbox"/> 褥瘡等の創部処置 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	現在の問題点	<input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 気道管理・痰吸引 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚・褥瘡 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> その他 ()									
確認事項	訪問診療依頼に至ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 病院・診療所のすすめ <input type="checkbox"/> ケアマネジャーのすすめ <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションのすすめ <input type="checkbox"/> その他 ()									
	本人・家族の希望等 特記事項										
当シートの記載者	氏名				所属病院・事業所名等				職種		
	電話番号				FAX番号				記載日	年 月 日	
<p>以下は、悪性腫瘍のターミナル期、および、ターミナルケアに該当する患者のみ記入してください。 告知欄は、該当する人物に告知を行っている場合は、✓をつけてください。</p>											
疾患病状		内容							告知		説明なし
	病名								本人	家族	
	予想される余命								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	病状の進行								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急変時の対応について								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

訪問診療開始までの流れ

