在宅医療相談シート

ひのでクリニック
広島市南区段原日出1-12-18-101
TEL_082-236-7310
FAX_082-236-8310
mail_info@hinode-clinic.com

＊ご記入はわかる範囲で大丈夫です。当てはまるものに◯、またはご記入ください。
＊患者様のお名前や詳細な住所はご記入が無くても大丈夫です。
＊この用紙をFAXまたはメールいただきましたら、当院担当者より折り返し連絡いたします。
＊緊急で退院調整が必要な場合：ひのでクリニック蔵重携帯　080-5235-4196へ直接ご連絡ください

年　月　日

緊急度	・ **すぐに連絡がほしい** ・ **本日中に連絡がほしい** ・ **数日以内に連絡がほしい**
連絡先	ご依頼元：　病院　ご担当者様：　ご連絡先：
患者様情報	お名前（可能であれば／空白でもかまいません）：
	住所：　広島市　区　町　／　郡　町
	年齢：　歳　歳代　性別：男性　女性
病名	主病名：
紹介理由	退院後の体調管理　通院困難　在宅緩和ケア・看取り
医療的ケア	気管切開　人工呼吸　排痰補助装置　在宅酸素　吸引　吸入 経管栄養（胃ろう　経鼻胃管）　中心静脈栄養（CVポート　CVカテーテル　PICC）　末梢点滴 膀胱留置カテーテル　自己導尿　ストーマ 褥瘡処置　インスリン自己注射　自己血糖測定
ケアマネ	有　無
家族状況	独居　家族と同居　キーパーソン（　）