

在宅療養患者診療情報提供書【初回】

様

蘇生延命処置について	急変時の延命処置を希望されますか					
	ご本人様		☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 未確認	
	ご家族様		☐ 希望する	☐ 希望しない	☐ 状況・内容によって決めたい	
	* 延命処置希望内容		☐ 人工呼吸器	☐ 心臓マッサージ	☐ 昇圧剤の使用	
		☐ 他（ ）				
感染症	☐ なし ☐ あり ☐ HB s 抗原 ☐ HCV 抗体 ☐ 梅毒 ☐ RPR 定性 ☐ TPHA 定性 ☐ 他（ ）					
装着・医療機器等	☐ 酸素療法 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 経管栄養（経鼻 胃ろう） ☐ 留置カテーテル ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管カニューレ ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ 吸引 その他（ ）					
日常性格 自 立 度	寝たきり度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				
	認知症の状態	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱ ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ M				
要介護認定の状況		☐ 未申請	要支援		要介護	
ACP	病状悪化時の本人・家族の希望	☐ 必要な治療を受けて、出来るだけ長く生きたい ☐ 命が短くなる可能性はあるが、心や体につらさを伴う治療はせず、快適さを重視して欲しい ☐ わからない ☐ その他				
	最期を迎える場所の希望	☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ その他（ ）				
特記事項						