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** HBｓ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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| **日常生活**  **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　　Ⅱa　　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** |  | | | | | | |