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** |  |