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										