

医療的要援護者情報提供書

年 月 日作成

【居宅介護支援・地域包括支援センター・訪問看護 事業所名】

【担当者名】

対象者	ふりがな		性別		生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所			電話		
緊急連絡先	氏名			続柄		
	住所			電話		
関係機関	かかりつけ医(病院・診療所名)			(医師氏名)		
	かかりつけ歯科医(歯科診療所名)			(歯科医師氏名)		
	かかりつけ薬剤師(薬局名)			(薬剤師氏名)		
	訪問看護ステーション(□利用なし □利用あり：事業者名)					
特別な医療	種別	医療処置	処置の詳細			
	呼吸	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> NPPV(マスク) <input type="checkbox"/> TPPV(気管切開)	呼吸器：機種() 装着時間(時間/日) モード() 呼吸回数(回/分) 電源(□AC □バッテリー/電池) 停電時対応(□済 □未済)			
		<input type="checkbox"/> 酸素療法	吸入量(L/分) 吸入時間(時間/日) 電源(□AC □バッテリー/電池) 停電時対応(□済 □未済)			
		<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経口/経鼻 <input type="checkbox"/> 気管挿管/気管切開	吸引回数：日中(回) 夜間(回) 電源(□AC □バッテリー/電池 □不要【手動式など】) 停電時対応(□済 □未済)			
		<input type="checkbox"/> 気管切開(上記以外)	理由()			
	栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸瘻			
		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	使用時間(□持続 □間欠) 電源(□AC □バッテリー/電池) 停電時対応(□済 □未済)			
	排泄	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル				
		<input type="checkbox"/> 自己導尿	導尿回数(回/日)			
		<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便(□自然排便法 □灌注排便法【洗腸】) 装具交換頻度(日ごと)			
	注射	<input type="checkbox"/> 注射	注射薬剤() 注射回数(回/日)			
		<input type="checkbox"/> 持続点滴	※自身又は家族による注射を除く。			
透析	<input type="checkbox"/> 人工血液透析	実施場所(□在宅 □医療機関【名称： 】) 回数(回/週)				
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析	種類：□CAPD【持続携帯式…手動による透析液交換】 □APD【自動腹膜透析】 (□夜間のみ □夜間+昼間)				
その他	具体的に					

【提出先】 〒496-8686 (住所不要) 津島市役所 高齢介護課 地域包括ケアグループ

※つながろまい津島 未登録の対象者の場合、つながろまい海部津島の同意書も取得してください。