

在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供書(様式) (事前情報共有時)

病院

科

平成

年

月

日

(新規

・ 更新)

先生

<依頼元>

医療機関名	
住 所	
T E L	
F A X	
医師名	

患者ID		性別		生年 月 日	M・T S・H	年	月	日
(ふりがな) 患者氏名		電話番号				年齢		
患者住所								
緊急連絡先	家族氏名		事業所名					
	続柄	Tel	担当CM 訪問看護ST		電話番号			
家族状況	独居・夫婦のみ・同居人あり()名・その他			キーパーソン				
認知症の 有 無	有 ・ 無		感染症	有() 無 ・ 不明				
アレルギー	有() ・ 無 ・ 不明							
傷病名								
既往歴								
経過(治療経過・検査結果など)								
現在の処方(服用薬)※別添でも可						麻薬(有 ・ 無)		
治療に対する意思 (DNR 有 ・ 無)※可能な場合記載								
その他								

病診連携に係る事前情報共有確認書

説明日： 年 月 日

説明者： _____

_____ は、かかりつけ患者様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合、_____ 医師（主治医）からの診察等に基づき、入院が必要と判断された場合は、原則として下記の連携病院にて入院治療を行います。仮に連携病院で対応が難しい場合は、_____ 医師（主治医）と連携病院が協力して受け入れ先病院を探します。

なお、緊急時の病診連携をスムーズに行うことを目的として、連携病院へ当該患者様の診療情報等について事前に情報を共有いたします。

1. 在宅療養を担当している医療機関の情報

名 称 _____

住 所 _____

連絡先 _____ 担当医氏名： _____ 印 _____

2. 緊急時の受け入れについて連携をとっている医療機関の情報

名 称 _____

住 所 _____

連絡先（診療時間内） _____ （診療時間外） _____

※上記医療機関で対応できない場合に搬送の可能性がある医療機関

_____ 佐世保市内の救急告示病院 _____

3. かかりつけ患者様に関する情報

氏 名 _____ 印 _____

住 所 _____

連絡先 _____

情報等 _____ 「在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供書」参照 _____

※この文書は、1. 2. 3 者が保管すること。

※情報は上記目的以外には使用しません。

救急搬送時の情報提供書

【高齢者施設】→【救急隊】→【医療機関】

平成 年 月 日 時 点

2

【記載事項】：事前に記載しておく事項。(変更時は随時更新)

別紙

施設名			説明	未	説明日		説明を聞いた人	
フリガナ				済	年 月 日			
氏名			年齢	歳	性別	男・女		
住所			生年月日	M・T・S・H		年 月 日		
病歴等	現在治療中の病気・ケガ				既往歴			
	感染症(無・有・不明 病名)				ペースメーカー等の医療機器の装着(有・無)			
常用服用薬 (お薬手帳 写し可)	(点滴・注射等があれば内容を記載)				血液型		O・A・B・AB RH(+・-)	
					アレルギー		有・無・不明 ()	
キーパーソン	氏名		続柄		TEL	()-()-()		
緊急連絡先 (家族等)	氏名		続柄		TEL	()-()-()		
	住所			救急発生時に連絡する旨確認		確認 済・未		
かかりつけ医療機関名			かかりつけ医連絡先	治療に対する意思 ※(可能な限り記載)				
担当医師名								

救急搬送時に必要な情報です。上記、治療に対する意思は、可能な限り記載をお願いします。

【119番通報時の記載事項】：救急搬送を要請するに至った理由・経緯を記載。

発症(受傷)を目撃しましたか?	はい (年 月 日 時 分頃) ・ いいえ	
普段の状態を最後に確認したのはいつですか?	年 月 日 時 分頃	
通報時の状況	会話	可能・一部可能・不可
	歩行	全介助・一部介助・見守り・自立
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など 通常と異なる症状(いつもケアしている状態と違う場合の症状)を記載 ①呼びかけに □：反応あり □：反応なし ②意識の経過 □：変わらない □：改善している □：波がある □：悪化している ③その他 () □：顔面蒼白 □：嘔気・嘔吐 □：頭痛 □：胸痛 □：発熱 □：冷や汗 □：けいれん □：失禁 □：呼吸苦 □：イビキ呼吸 □：上手くしゃべれない □：麻痺 □：黄疸 () □：その他 ()		
意識レベル	有・無	呼吸回数
血圧	/ mmHg	体温
病院手配 1件目	病院名	選定理由
病院手配 2件目	病院名	選定理由
結果	受入可 不可 ()	不可理由
結果	受入可 不可 ()	不可理由

施設担当者連絡先 TEL:

担当:

記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。

3

< 退院連携事前情報提供書 >

別紙

■情報提供医療機関		■受理医療機関・施設	
■患者氏名		■生年月日	■性別
ふりがな		☐ M ☐ T ☐ S ☐ H	年 月 日 ☐ 男 ☐ 女
■年齢	歳	■患者住所	番()
■傷病名(入院の原因となった病名/合併症等)			
■紹介目的		■入院期間	月 日 ~ 月 日
■家族構成		■キーパーソン	■続柄
☐ 独居 ☐ 夫婦のみ ☐ 家族と同居 ☐ その他			☐ 市内 ☐ 市外
■居宅事業所名		■担当ケアマネ	

【患者状態】

発症前のADL		発症後のADL	
☐ 自立 ☐ 介護 ☐ 寝たきり		(月 日)現在 ☐ 自立 ☐ 介護 ☐ 寝たきり	
計測	身長:(cm)計測日(月 日)	体重:(kg)計測日(月 日)	
コミュニケーション	☐ 意識障害レベル(JCS -) ☐ 疎通できる ☐ ある程度疎通できる ☐ 疎通できない		
認知レベル	☐ なし ☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ M ☐ 現段階では判断できない		
危険行動	☐ なし ☐ ベッド柵外し ☐ 立ち上がり ☐ 徘徊 ☐ チューブ抜去 ☐ 大声 ☐ その他()		
危険防止	☐ なし ☐ ミトン ☐ センサー ☐ 畳・マット対応 ☐ 安全ベルト(体幹ベスト) ☐ その他()		
高次脳機能障害	☐ なし ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ 失語 (☐ 運動性優位 ☐ 感覚性優位) ☐ 現段階では判断できない		
運動麻痺	☐ なし ☐ 右片麻痺 ☐ 左片麻痺 ☐ 対麻痺 ☐ 四肢麻痺 ☐ 廃用性筋力低下		
活動/運動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ ベッド上		
清潔	☐ 自立 ☐ 一部介助() ☐ 全介助 ※最終入浴日(月 日) 特記:		
食事	☐ 自立 ☐ 半介助 ☐ 全介助 食事摂取量()割 食事形態(主食: 副食:)		
栄養	☐ 経管栄養 (☐ 経鼻・ ☐ 胃ろう・ ☐ 腸ろう):(カテテル) ☐ TPN ☐ CVポートあり ☐ 末梢静脈輸液		
嚥下障害	☐ なし ☐ あり(食事可能) ☐ あり(食事不可)		
排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 便器 ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ 最終排便(月 日) ☐ その他特記事項()		
睡眠	☐ 良眠 ☐ 要入眠剤 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ その他()		
感染症	HBS() HCV() MRSA() その他() ☐ 未検査 ☐ 結果未		
アレルギー	☐ 有() ☐ 無 ☐ 不明		
薬剤管理	内服薬:() 外用薬:()		
(薬剤一覧は別紙可)	☐ 自己管理 ☐ 看護師管理 ☐ その他() 高額薬剤について ☐ 変更可 ☐ 変更不可		
退院後予想される医療処置	☐ 吸引(回/日)	☐ バルンカテーテル留置	☐ 経管栄養
	☐ 酸素(ℓ/分)	☐ 自己導尿	☐ 中心静脈栄養
	☐ 気管切開	☐ 人工肛門	☐ 末梢点滴
	☐ 人工呼吸器	☐ 人工膀胱	☐ 血液透析
	☐ 持続陽圧呼吸療法	☐ インスリン	☐ 自己腹膜透析

【患者情報・その他】

保険の種類	☐ 生保 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 後期高齢	年金の種類	☐ なし ☐ 国民 ☐ 厚生 ☐ 共済 ☐ 不明
介護保険	☐ 無し ☐ 有(要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5) ☐ 新規申請中 ☐ 更新申請中 ☐ 変更申請中 (申請日: 月 日)		
退院後の計画	☐ 自宅 ☐ 自宅又は施設 ☐ 施設 ☐ 医療機関		
他特記事項			

【記載者】: 看護師() MSW ()

< 本情報提供書を連携する医療機関や介護施設等に提供することについて、患者または家族の同意を得ています >

※各医療機関は必ず診療諸記録(法的根拠がある記録)に(○月○日)、(×××)に(△△△)を説明し、同意を得た旨を記載する事とする。

※適宜、担当者間で電話連絡等を行い、必要な情報を共有すること。 佐世保市在宅医療介護連携協議会/退院連携検討専門部会