**訪問診療同意書（在宅療養計画書）**

医療機関名：浅川クリニック　　　　　　　　　　　　記入日：2022年8月25日

医師名：浅川　貴介

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | サンプル患者 | 生年月日 | 1989年01月01日　　（　　40　歳）　 |
| 主病名 |  |
| 重要な処方 | ◎ |
| 他医療機関への受診状況　 | □有り（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無し（処方・検査内容） |
| 要介護度 | □申請なし 　□自立 　□要支援１　□要支援２　 □要介護（１・２・３・４・５） |
| 装着・使用医療機器等 | □酸素療法　　□人工呼吸器　　□気管カニューレ　　□吸引器　　□胃瘻・腸瘻□中心静脈栄養　□経鼻経管栄養　　□輸液ポンプ　　□透析液供給装置　□自動腹膜潅流装置　　□人工肛門　　□人工膀胱　　□留置カテーテル□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １．療養ケア方針（*療養ケアについて、家族の希望と、合意した方針を記載*）確認事項（*急病時の対応や、看取り期の対応について記載*） |
| ２．治療計画（*訪問日や投薬や注射・検査や処置等の予定を記載*）  |
| ３．その他（*療養上の指導内容や注意点等を記載*）  | 在宅療養支援チーム（*連携する担当者名、連絡先を記載*）〇連携する医療機関〇訪看ST　　　　　　　　　　〇ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ〇薬局　　　　　　　　 |
| 緊急時連絡先 | 休診日でも、携帯電話におかけください。医療スタッフ個人携帯に転送されます。TEL　浅川クリニック　携帯番号　03-3420-0032 |
| 上記、訪問診療と計画の内容について説明を受け、居宅での療法を行うことに同意します。また、連携する医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護施設等に、私の個人情報を提供することも、併せて同意いたします。　　　年　　　月　　　日 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　*※署名が難しい場合は、ご家族の方が代筆してください。*家族氏名（代表者）　　　　 　　　　　　　　　連絡先（携帯）　　　　　　　　　　　　　 |