

# 彩り在宅クリニック 新規患者依頼（申込）書

（医療者用のため、わかる範囲でOKです）

依頼日：令和 4年 10月 11日

依頼者名	彩り 太郎
職種	CM・NS・MSW・ <b>家族</b> ・本人・その他（ ）
所属	彩り在宅クリニック
TEL・FAX	0986-51-9520

ふりがな	いろどり はなこ	性別	生年月日	M T S H R
患者名	彩 花子	男 女	3年 10月 11日	94歳
住所	都城市都北町****	TEL	① 51-****	② 090-****

診断名 大腸癌の末期 平成●●年大腸内視鏡検査にて診断、腫瘍摘出術を実施した(ストーマ造設)。●●年に再発あり化学療法を実施も副作用のため断念。疼痛コントロール実	希望内容 ■緩和ケア(麻薬投与など) □人工呼吸管理 □在宅酸素療法 □ドレナージ □褥瘡・創傷治療 □精神療法 ■中心静脈栄養・末梢輸液 □経腸栄養(胃ろうなど) □糖尿病治療 □服薬管理 ■排泄管理(ストマ・留置カテ)
元のかかりつけ医 ●●胃腸科	その他：
※医療機関の場合、診療情報提供書を添付してください。	

現在の病状について（治療内容・予後・告知の有無など）  
 これ以上の化学療法は本人の負担が強いため推奨できないとのこと。本人には未告知ではあるが、主治医の先ご家族に予後は半年ほどではないかと言われている。

現在の療養状況

自宅療養	
通院中	病院名： 診療科 科
<b>入院中</b>	病院名： ●●総合病院 診療科 腫瘍内科 退院予定日： ● 月 ● 日頃
施設入所中	施設名：

保険証確認方法	持参 自宅 <b>FAX</b> 公費や重心、難病指定の有無 有り <b>無し</b>
介護認定	非該当 未申請 <b>申請中</b> 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

ケアマネージャー	事業所： ●●居宅事業所 担当者名： ●● TEL: ●●
----------	-------------------------------

家族状況

氏名	続柄	別居・同居	TEL
彩り太郎	夫	別・ <b>同</b>	●●
彩り娘	長女	<b>別</b> ・同	●●

週間予定 ※サービスを利用中の場合、曜日欄に○または時間を記入してください。

サービス名	月	火	水	木	金	土	日
訪問看護	○		○		○		
デイサービス							
介護（ヘルパー）		○		○			
その他							

FAX送信先：050-3535-6161 彩り在宅クリニック加納 医療連携室