

在宅患者基本情報①

(患者さん宅で保管してください。万一救急搬送の際には救急隊もしくは救急病院にお渡しください。)

作成日: 令和 年 月 日 (初回・更新)

医療機関名: _____ 作成者(在宅主治医): _____

在宅主治医の緊急連絡先(携帯電話番号) _____ - _____

ふりがな: _____

患者様氏名: _____ 性別: 男・女

生年月日: 明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日

住所: 〒 _____ 富山県

TEL: _____ - _____

主たる介護者と緊急連絡先①: _____ - _____

緊急連絡先②: _____ - _____

連携病院: 有・無(有の場合; _____ 病院)

診 断 名

1 _____ 発症年月日 _____ 年 月 日

2 _____ 発症年月日 _____ 年 月 日

3 _____ 発症年月日 _____ 年 月 日

医療の経過、投薬内容など

アレルギーの有無 なし・あり(_____)・不明

感染症の有無 ワ氏()・HBsAg()・HCV()・MRSA()・不明

要 介 護 度 なし・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

その他の特記事項

在宅患者基本情報の使用方法と同意についてのお願い

<在宅患者様とご家族へ>

この基本情報は、万一患者さんが緊急で入院を要する際に、在宅主治医が他の業務や不在などの理由で対応が困難な場合に、救急隊や救急病院に渡していただくことで患者さんの診療情報提供を行うことを目的としています。いつでもご家族が取り出せるところに保管してください。

新川地域在宅医療支援センターでは在宅医療のよりよい支援方法を検討していくために、在宅患者基本情報を管理、集計して検討し、個人が特定されない情報の集計結果等を研究会などの場で発表することがあります。そのことに同意いただける場合は署名をお願いします。（署名をいただけない場合でも患者様の不利益になることはありません。）

署名欄 患者様氏名 _____
代理人記載の場合 _____ 続柄（ _____ ）

<在宅主治医の先生へ>

1. この在宅患者基本情報は診療情報提供書の書式を満たしておりません。「詳細は別紙をご参照ください」と記載した診療情報提供書をいっしょにクリアファイルに入れて、患者さん宅のすぐに取り出せるところに保管してもらって下さい。
2. 基本情報内容は 6 か月～1 年くらいを目安に更新してください。（在宅患者さんの病状によると思いますので、期間は主治医の判断でお願いします）
3. この基本情報は主治医が往診対応して救急搬送する場合も使用可能です。
4. 「心肺蘇生」や「気管内挿管」などの医療処置に関する医師による指示がある場合は、在宅患者基本情報②の書式をご利用ください。
5. 上記の署名を得られた場合は表裏ともを新川地域在宅医療支援センターに F A X するか、コピーを郵送してください。

<受入れ病院の先生へ>

この基本情報は在宅患者さんの緊急時に救急隊、救急病院に情報提供することを目的として作成されたものです。項目によってはその後、変更の可能性がありますのでご注意ください。

この情報提供方法がどの程度利用され、有用であるか、継続してよいかを検討しております。

この面のみを下記に FAX していただけると幸いです。また可能であればアンケートに記載をお願いします。

1. 病院名（ _____ 病院）
2. この情報提供方法は 1. 有用である 2. 有用でない 3. どちらともいえない
4. その他（ _____ ）
3. ご意見や改善した方がよい点がありましたら記載をお願いします。
（ _____ ）

在宅患者基本情報②

在宅患者が「生命を脅かす疾患」に直面した場合の

蘇生処置（DNAR 指示）および医療処置に関する医師による指示書

（この書式は日本臨床倫理学会の日本版 POLST（DNAR 指示を含む）から一部抜粋改変したものです）

私、担当医（担当医氏名）_____は患者本人（あるいは適切な代理判断者）によって、適切なインフォームドコンセントがなされ、公正な手続きを経て、この書式にある医療処置の制限が決定されたことを認めます。書式はカルテに正式に記載されています。

話し合いの参加者；☐患者 ☐配偶者

☐その他____、____、____

医療ケアチーム内の話し合いの参加者；（氏名）（職種）

____、____、____
____、____、____

担当医師署名_____

連絡先_____日付_____

<患者（代理判断者）記入欄>

患者（患者氏名）_____においては、生命を脅かす疾患に直面した場合の医療処置の制限や、心肺停止に陥った場合の蘇生処置の制限について、本書式の方法を望みます。

◆現状の病状について理解しました。

◆以下の制限する医療処置の内容について理解しました。

◆また、これらの指示は私の意思で、いつでも撤回できることを理解しています。

サイン_____⑩（患者または代理判断者）

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

セクション A；心肺停止の場合；心肺蘇生術（CPR）について一つを選ぶ

☐ すべての心肺蘇生術を実施してください Resuscitate（Full code）

☐ 心肺蘇生術を実施しないでください（Do Not Attempt Resuscitation）

セクション B; 心肺停止の状態ではない場合;【生命を脅かす疾患に直面しているが、CPA の状態ではない（脈拍が触知したり、呼吸をしている）場合；一つを選ぶ。】

□ 苦痛緩和を最優先とする医療処置 (a)

患者の尊厳に配慮し、経口的に水分や栄養の補給などの適切な処置は実施してください。身体清潔にも配慮してください。疼痛や不快な症状を軽減するための投薬、体位変換、創傷処置、などは実施してください。また症状を軽減するために酸素投与や吸引、用手気道確保が必要であれば実施してください。

医師による救急隊への指示；患者は生命維持のために病院に搬送されることを望んでいません。医療機器を使用した気道確保（気管内挿管を含む）はしないでください。現在の状況が上記（a）の緩和ケア的処置では、苦痛を軽減できない場合のみ病院へ搬送してください。対応が明確でない場合は、主治医または搬送先病院の担当医にコンサルトしてください。

□ 非侵襲的医療処置 (b)

上記の緩和ケア的処置（a）に加えて、心臓モニタリングおよび投薬（経口・経静脈）処置を実施してください。

医師による救急隊への指示；もし適応があれば病院へ搬送してください。医療機器を使用した気道確保（気管内挿管を含む）はしないでください。対応が明確でない場合には、主治医または搬送先病院の担当医にコンサルトしてください。

□ 侵襲的医療も含む医療処置 (c)

上記（a）（b）の処置に加えて、医療機器を用いた気道確保（気管内挿管を含む）、人工呼吸器、除細動等を実施してください。

セクション E；変更・更新（確認）した日

- 1) 年 月 日（初回作成日）
- 2) 年 月 日
- 3) 年 月 日

*DNAR 指示は、定期的に見直してください。

*また、以下の場合にも、再評価してください。

- ①意思能力のある患者・意思能力のない患者の家族、医療ケアスタッフによる申し出があった場合
- ②患者が別の医療機関や介護施設に移る場合
- ③患者の病状が変化した場合