



## 在宅医療のご依頼について

当院では、「在宅医療依頼書」による在宅診療のご依頼を承っております。  
下記資料をご参照の上、FAX または郵送にて当院までご送付下さい。  
また、貴施設でのサマリー・フェイスシート・ケアプラン等がございましたら、併せてご送付下さい。担当者より追ってご連絡を差上げます。

資料①・・・当院の在宅医療について

資料②・・・在宅医療依頼書

資料③・・・在宅医療依頼書 / ターミナルケア用

資料④・・・個人情報保護への取り組み

※在宅ターミナルケアをご希望の場合は資料②と③、それ以外の方は資料②をご記入下さい。

**注1** 病状やご住所等の事情により、ご依頼を受けかねる場合がございます。  
その際には誠に恐れ入りますがご容赦下さい。

**注2** ご家族の方で在宅医療をお考えの場合、基本的にはケアマネージャーの方・担当医・看護師などを通してご依頼して頂きたいのですが、直接ご依頼を希望される場合は電話にてご連絡下さい。

※依頼書の形式上、医療・介護従事者用となっております

**注3** ご依頼に際して、資料の「個人情報保護への取り組み」を必ずご参照頂き、患者の方ご本人やご家族の方々にもその趣旨をご理解頂きますよう宜しくお願い致します。

その他ご不明な点などがございましたら、当院までご連絡下さい。



医療法人 日英会 田中クリニック

〒410-1123 静岡県裾野市伊豆島田 810-7

TEL : 055-992-1881 • FAX : 055-992-1885



## 当院の在宅医療について

当院では、完全予約制にて在宅医療を行っています。  
従って、定期的な診療が始まっていない状況では、緊急往診を行うことができません。

### 在宅医療とは

医師と看護婦が患者の方々のご自宅に訪問して、診察・検査・治療を行います。様々な疾患のために通院が困難な方々に対して、定期的な訪問診療と往診、各種医療関係や介護サービスとの連携により、全身状態の維持・向上に努めます。

※「全身状態」とは、無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえることをいいます。

### 診療内容について

在宅医療では患者の方々の状態に応じて、血圧測定・採血などの検査や投薬（協力薬局による薬剤手配）、注射・点滴などの治療を行うことができます。

### 対象となる患者の方々

寝たきり状態・医師の管理が必要な医療機器を使用中・病状により自宅療養を望まれる方などが対象です。

例として、脳梗塞後遺症・神経筋疾患・認知症による通院困難・重度的心不全・末期癌・在宅ターミナルケアなどがあります。詳しくは当院までお尋ね下さい。

### 在宅医療と往診の違い

#### 在宅 医療

担当医師がご自宅を定期的（2週間に1回、病状により毎週）に訪問し、診療、治療、薬の処方、療養上の相談、指導等を行います。

#### 往診

突然の病状の悪化や状態変化に対して、訪問診療時間外においてもご自宅に伺って診察を行います。

### 24時間対応の緊急時連絡体制

当院において在宅診療を受けている患者の方々には、「緊急連絡先」を記した書類をお渡ししています。病状の急変時や緊急時に24時間体制で連絡対応しています。ただし、下記のような状況において電話のみの対応になること、当方の指示のもとに患者の方々ご自身（ご家族）で緊急病院等へ受診していただく場合もあります。

#### 往診が不可能な場合

- ・明らかに他科疾患（大腿骨頸部骨折など）で専門医の診察が必要な場合
- ・一刻を争う状況（意識障害・大量出血など）
- ・他軒訪問診療中で、早急な往診が不可能なとき、等

<b>在宅医療依頼書</b>		ご依頼者氏名																																					
<b>FAX</b> <b>055-992-1885</b>		ご関係	看護師・ケアマネージャー・ご家族・その他																																				
		ご連絡先																																					
患者氏名		男・女																																					
ご住所																																							
生年月日		明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳																																					
要介護度		非該当・未申請・申請中・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5																																					
現在の療養状況		1, 在宅療養中 2, 入院中（病院名） 3, 施設入居中（施設名称） 退院予定日 月 日頃（）																																					
ケアマネージャー		施設名	TEL	-	-	担当																																	
訪問介護		利用中・未利用・調整中	施設名	TEL	-	-																																	
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">診断名・経緯</td> <td colspan="6">問題点・前段階準備</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 介護力  <input type="checkbox"/> 医療不信  <input type="checkbox"/> 内服管理  <input type="checkbox"/> リハビリ  <input type="checkbox"/> 栄養（胃ろう）  <input type="checkbox"/> 気道管理（吸引等）  <input type="checkbox"/> 排泄（おむつ等）  <input type="checkbox"/> 皮膚  <input type="checkbox"/> その他       </td> </tr> <tr> <td colspan="2">患者状況（現状・経過・治療内容・予後・告知の有無等）</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ご本人・ご家族の要望</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>								診断名・経緯		問題点・前段階準備								<input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養（胃ろう） <input type="checkbox"/> 気道管理（吸引等） <input type="checkbox"/> 排泄（おむつ等） <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> その他						患者状況（現状・経過・治療内容・予後・告知の有無等）								ご本人・ご家族の要望							
診断名・経緯		問題点・前段階準備																																					
		<input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養（胃ろう） <input type="checkbox"/> 気道管理（吸引等） <input type="checkbox"/> 排泄（おむつ等） <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> その他																																					
患者状況（現状・経過・治療内容・予後・告知の有無等）																																							
ご本人・ご家族の要望																																							
導入予定サービス 訪問看護・ディサービス・訪問入浴・ヘルパー・訪問リハビリ																																							
現在のサービス 訪問看護・ディサービス・訪問入浴・ヘルパー・訪問リハビリ																																							
	月	火	水	木	金	土	日																																
午前																																							
午後																																							
備考																																							

※医師が在宅医療を依頼する場合には、診療情報提供書をご使用下さい。

<b>在宅医療依頼書</b> <b>FAX</b> <b>055-992-1885</b>		<b>ターミナルケア用</b> <b>在宅医療依頼書</b>	
※在宅でのターミナルケアをご希望の方は、下記の情報も併せてご送付下さい。			
		<b>患者ご本人</b>	<b>患者ご家族</b>
<b>【病状説明・告知】</b> ①進行状況 ②予後 ③急変時の対応		「ホスピス・看取り」についての説明 有・無	「ホスピス・看取り」についての説明 有・無
<b>【受け止め・理解】</b> ①疾患・予後に関して ②病院指導内容に対して			
<b>【在宅への不安・要望】</b> ①点滴等医療処置について ②急変時の対応 ③看取りについて ④在宅での希望			
<b>【その他】</b> ※現在使用している医療器具や 必要物品に当てはまる物を記入して下さい。 ①点滴等医療処置について ②急変時の対応 ③看取りについて ④在宅での希望 ④在宅での希望 ④在宅での希望		<b>【その他】</b>	



## 個人情報保護への取り組み

当院では、患者の方々の個人情報を下記の目的で利用・取り扱いの際には、細心の注意を払っております。

お伺いした情報は、当院が提供する医療サービスをより良いものにすることを目的として利用させて頂き、事前の同意なしに第三者に対して情報を開示することはありません。但し、以下の利用目的に従う場合に限り、第三者に対してご記載頂いた内容を公開する場合があります。ご不明な点はお問合せ下さい。

### 当院における個人情報の利用目的

#### 【医療提供】

- ・当院での医療サービスの提供
- ・他の病院や診療所・薬局・訪問介護ステーション・介護サービス事業者との連携
- ・他の医療機関等からの照会への回答
- ・患者の方々の診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・検体検査業務の委託、その他の業務委託
- ・ご家族等への病状説明
- ・その他、患者の方々への医療提供に関する利用

#### 【診療費請求のための事務】

- ・当院での医療・介護・公費負担医療などに関する事務及びその委託
- ・審査支払機関へのレセプトの提出
- ・審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ・その他、医療・介護・および公費負担医療などに関する診療費請求のための利用

#### 【当院の管理運営業務】

- ・会計・経理
- ・医療事故等の報告
- ・当該患者の方々へのための医療サービスの向上
- ・その他、当院の管理運営業務に関する利用

#### 【企業等から委託を受けて行う健康診断等における、その結果の通知】

#### 【医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届け出等】

#### 【医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料】

#### 【当院内において行われる医療実習への協力】

#### 【医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究】

#### 【外部監査機関への情報提供】

※上記のうち、他の医療機関等への情報提供について、同意しがたい事項がある場合にはお申し出下さい。

お申し出がないものについては、同意して頂けたものとしてお取扱い致します。

これらのお申し出後から、いつでも撤回・変更等をすることができます。



医療法人 日英会 田中クリニック

〒410-1123 静岡県裾野市伊豆島田 810-7 TEL : 055-992-1881 • FAX : 055-992-1885