

ローズネットシート

<作成日> 年 月 日

<病院名> 担当:

| | | | | |
|---|-----|--|-----------------|-----------|
| フリガナ 氏名: | | 性別: <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日: 齡・疋・囀・疋・翎 | 年 月 日(歳) |
| 住所: 〒 | | TEL:() | | |
| 緊急連絡先 | ①氏名 | 続柄: <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 | 家族構成 (キ-パ-ツ:) | |
| | | 連絡先: | | |
| | ②氏名 | 続柄: <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 | | |
| | | 連絡先: | | |
| 医療保険: <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保高齢(患者負担__割) <input type="checkbox"/> 社保/(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢(患者負担__割) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 公費: 生保(担当CW) 障・難病・原・母・乳・その他() | | | | |
| 介護保険: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中(月 日申請) | | | | |
| 手帳: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 身・精・療 (級) 障がい福祉サービスの利用: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 | | | | |

| | |
|--|--|
| 主病名 | 転移・合併症等 |
| 現在の症状(問題となっているものにチェックしてください) | |
| <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 身体的苦痛以外で感じられている苦痛 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () | |
| 症状管理に関する薬剤を全て記載してください <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 持続注射(静・皮下) <input type="checkbox"/> その他 | |
| 使用薬 (<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> 他院からの併用薬あり ※アレルギー: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()) | |
| 医療処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(CVポート・CVカテ) <input type="checkbox"/> 点滴・注射 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(胃瘻・経鼻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 自己注射 | |
| <input type="checkbox"/> 気管切開カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ(泌尿・人工肛門) | |
| <input type="checkbox"/> 褥瘡・創処置() <input type="checkbox"/> その他() | |
| 移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 | 排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (尿器・P-トイレ・オムツ・カテーテル) |
| 食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助() <input type="checkbox"/> 経管食 <input type="checkbox"/> 絶食 | 食事形態: |
| 口腔内問題: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () | 嚥下問題: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () |
| 療養状況: <input type="checkbox"/> 入院中・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅: 関係() <input type="checkbox"/> 施設入所中: 施設名() <input type="checkbox"/> その他() | |
| 今後の方針: <input type="checkbox"/> 通院と在宅の併用 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> その他() | |

| | |
|---|---|
| 最初に在宅ケアを勧めた人について(複数チェック可) | |
| <input type="checkbox"/> 患者本人が希望 <input type="checkbox"/> 家族(<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 知人 | |
| <input type="checkbox"/> 医療関係者(<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他の医療者) <input type="checkbox"/> 介護関係者 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 在宅ケアを紹介した理由について(複数チェック可) | |
| <input type="checkbox"/> 本人が希望するため <input type="checkbox"/> 家族が希望するため <input type="checkbox"/> 主治医が提案したため <input type="checkbox"/> 入院期間が長くなったため | |
| <input type="checkbox"/> 治療の効果が期待できなくなったため <input type="checkbox"/> 終末期の看取りのため | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |
| 病名・病状についてどこまで告知や説明をしていますか | |
| 【患者本人に対して】 | <input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 合併症・転移・再発部位や今後の見通しを含めて |
| <input type="checkbox"/> 余命を含めて | <input type="checkbox"/> 病名を告知していない |
| 【家族に対して】 | <input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 合併症・転移・再発部位や今後の見通しを含めて |
| <input type="checkbox"/> 余命を含めて | <input type="checkbox"/> 病名を告知していない |
| 臨床的な予後はどれくらいと考えられますか | |
| <input type="checkbox"/> 半年以上 <input type="checkbox"/> 3ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 不明 | |

| |
|---|
| 経済的問題: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () |
| その他問題: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () |
| 備考(自由記載欄): |
| 退院前カンファレンス: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 年 月 日() : 退院日: 月 日()・ <input type="checkbox"/> 未定 |

ローズネットシート

氏名:

<在宅ケアチーム>

| 施設名 | 連絡先 | ※備考 |
|--------------|--------------------|-----|
| 【訪問診療】 | TEL:() FAX:() | |
| 【訪問看護ステーション】 | TEL:() FAX:() | |
| 【保険薬局】 | TEL:() FAX:() | |
| 【訪問歯科】 | TEL:() FAX:() | |
| 【ケアマネージャー】 | TEL:() FAX:() | |
| 【ヘルパー】 | TEL:() FAX:() | |
| 【福祉用具】 | TEL:() FAX:() | |
| 【医療機器】 | TEL:() FAX:() | |
| | TEL:() FAX:() | |

※訪問頻度・担当者・担当者連絡先・役割等、特記事項があれば記載してください。

<病院ケアチーム>

| | | |
|---------|---------|-------------|
| 【病院】 | TEL:() | 【病棟担当者(師長)】 |
| (主治医:) | FAX:() | 【地域連携室担当者】 |
| 【病院】 | TEL:() | 【病棟担当者(師長)】 |
| (主治医:) | FAX:() | 【地域連携室担当者】 |
| | TEL:() | |
| | FAX:() | |

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名: _____ 記載者: _____