

状態変化時対応シート

（ 匝 瑛 市 介 護 保 険 サ ー ビ ス 用 ）

患者名 _____ 様	居宅介護支援事業所名(ケアマネジャー) _____	在宅医療24時間支援システム登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
医療機関名 _____ 医師名 _____ TEL _____	担当 _____ TEL _____	状態変化時緊急時連絡手順 （以下より選択し記入願います）
主となる疾患		<input type="checkbox"/> 第一報はかかりつけ医へ 連絡が取れない場合は下記連絡先へ [_____]
予測される状態とその対応や注意点 <予測される状態>		<input type="checkbox"/> 次のような状態時にはかかりつけ医に連絡 [_____]
<対応や注意点>		<input type="checkbox"/> その他 [_____]
<対応や注意点>		<input type="checkbox"/> 在宅医療24時間支援システムで対応
<対応や注意点>		記載者 _____ 確認医師名 _____
<対応や注意点>		※ケアマネジャーが記載した場合は医師の確認が必要です。 ※状態変化時連絡手段につきましては、現状での判断でお願い致します。 なお、状態の変化があった場合には再度ご意見を伺います。
<対応や注意点>		記載日 年 月 日