



サービススケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

病名	
現在の医療処置	在宅酸素・BiPAP・CPAP・気管切開・人工呼吸器・たん吸引 栄養（経鼻胃管・胃ろう・中心静脈栄養） 自己導尿・尿道留置カテーテル・膀胱ろう・尿管皮膚ろう 人工肛門 インスリン注射 褥瘡処置 その他：（ ）・医療処置なし
キーパーソン氏名	
患者様との続柄・関係	
キーパーソン住所	
キーパーソン連絡先	
現在のかかりつけ医療機関	
診療情報提供書（紹介状）	有 ・ かかりつけ医なし
駐車スペース	自宅 ・ 近隣駐車場
その他・備考 （家族の要望など）	

在宅でのターミナルケアをご希望の方は、わかる範囲でこちらもご記入ください。

病名告知	済 ・ 未（家族のみ）
予後告知	済 ・ 未（家族のみ）
急変時の対応	自宅対応（救急搬送はしない） 病状により救急搬送 積極的に救急搬送
看取りの場所	自宅・ホスピス・緩和ケア病棟・一般入院