

ローズネットシート

<作成日>平成 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: 明治・大正・昭和・平成	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 (キープソン:)	
	②氏名	続柄: <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居		
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:
<input type="checkbox"/> 口腔内問題: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 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は病院と在宅との情報共有・連携を図り、質の高いケアを継続する目的で運用しています。 2017.11 在宅緩和ケア 地域連携シート

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

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名: _____

記載者: _____