

あおばの森内科クリニック
訪問診療のしおり
(医療保険・介護保険適用)

施設利用者様向け
概要及び重要事項説明書等一式(2024年版)

お問合せ先



045-530-9466



在宅医療室FAX 045-530-9468



www.yokohama-aobadai-naika.jp



zaitaku@yokohama-aobadai-naika.jp



神奈川県横浜市青葉区若草台17-1-2F あおばの森内科クリニック在宅医療室



あおばの森内科クリニック

Home Medical care contacts at the emergency

連絡先

平日(月曜-金曜) 9:30 - 16:30

TEL:045-530-9466

FAX(在宅):045-530-9468

メール問い合わせ:zaitaku@yokohama-aobadai-naika.jp

※請求や入退院文書等、事務的なご連絡

※外来診療時間内の体調変化のご連絡

※ご要件を伺ったのち、担当者よりご連絡する場合がございます

上記以外の時間帯／土日祝日／年末年始

※最初に①へご連絡ください

※繋がらない場合は、緊急でない場合は、留守番電話にご伝言下さい。
確認後、早急に対応いたします。

※緊急で①につながらない場合は、②へご連絡をお願いいたします。

『あおばの森内科クリニックの時間外連絡先です』と対応させていただきます。

『お住まいの施設やご住所』『患者さまの氏名』をお伝えください。

①:045-900-3155

②:080-6896-6623

緊急IPFAX 045-900-9885

email:zaitaku@yokohama-aobadai-naika.jp

※写真や資料の添付用など

※非通知設定をされている方は、186をお付けください

※具合の悪い時はなるべく早めにご連絡ください

※緊急でない休日の事務連絡は、メールにてご連絡いただくか、週明け診療時間内までお待ちいただき、在宅医療室固定電話(045-530-9466)にご連絡ください

【あおばの森内科クリニック】

☎ 045-530-9466 📠 在宅医療室FAX 045-530-9468

🌐 www.yokohama-aobadai-naika.jp

✉ zaitaku@yokohama-aobadai-naika.jp

📍 神奈川県横浜市青葉区若草台17-1-2F

※患者さまの状態により、緊急往診よりも適切な施設で治療が必要であると判断した場合は、入院可能な病院へご紹介いたします。他病院にて入院の履歴がある場合等にはそちらの病院を優先しますのでお申し付けください。

患者様ならびにご家族の皆様へ

あおばの森内科クリニック在宅医療室
院長 安藤 太基

『訪問診療（在宅医療）』ご利用にあたって

拝啓 この度は、当クリニックの『訪問診療（在宅医療）』をご利用いただき、誠に有難うございます。
訪問診療とは、医療保険制度における「入院」や「外来」に並ぶ「在宅医療」にあたる保険医療です。
医療制度の中で実現可能な限りの穏やかな療養がご自宅で叶いますよう、当院及び連携医療機関と共同し
尽力して参りますので、何卒宜しくお願い申し上げます。
円滑な在宅医療をご利用いただくにあたり、必要事項を取りまとめた下記の書類をご提出ください。

〔ご提出いただく書類〕

提出①:『訪問診療』利用同意書及び個人情報使用同意書

内容をご確認の上ご記入・ご捺印をお願いいたします。

提出②:請求書・領収書 送付依頼書

当クリニックからの医療・介護費用のお支払い方法、請求書および領収書の送り先をご記入ください。
(請求書・領収書以外にもご案内やお知らせ等を送らせていただくことがございます。)

提出③:居宅療養管理・介護予防居宅療養管理指導契約書(当院控え)

ご契約者様控え・当院控えをそれぞれご記入、ご捺印いただき、当クリニック控えのみご提出ください。
ただし、65歳未満で介護保険未加入の方は対象外となりますので、提出③の提出は不要です。

提出④:預金口座振替依頼書(入っている方のみ)

クレジットカード支払いの場合、毎月の請求書に記載のQRコードより決済をお願いします。メールにて決済URL
をご希望の場合は、②にてメールアドレスをご記入ください。

口座振替(自動払込=引落)を選択された方のみ④をご記入・ご捺印の上、ご提出ください。

原則として銀行振込は承っておりませんが、やむを得ずご希望の場合は、別途ご相談ください。

初月に関しては、引落としが2ヶ月分纏まることがありますのでご了承ください。

申込書類は訪問診療を利用される全ての方にご記入いただきます
上記4点(または3点)の書類をご提出ください。

※円滑な診療提供のため事前に速やかな書類提供にご協力をお願いします

- ✓ 口座振替をご希望の場合は、預金口座振替依頼書をご記入・ご捺印ください。
- ✓ 依頼書3枚目は患者様・ご家族様控えとなりますので切り離し保管ください。
(預金口座振替依頼書の記入・届出印間違いが多発しておりますので、記入例をご確認いただきながら、
ご記入をお願いいたします)

口座振替の手続きには2か月前後お日にちをいただきます。引落開始前にご請求が発生した場合は、いったんご請求は
保留とさせていただきます、引落開始時に合算してご請求いたします。ただし、依頼書不備等により口座振替が不可の場
合、銀行振込へお支払方法を一時的に変更させていただくことがございますので、あらかじめご了承ください。

敬具

****次頁もご確認ください****

生活保護受給者証・その他の受給者証をお持ちのみなさまへ

申込書類記入に関するお願い

受給者証をお持ちの方は、医療助成利用により月々の医療費（保険診療分）の自己負担はございません。

自費の診療や文書作成料は全額自己負担となります。

例：自費の健康診断や予防接種、証明書や診断書作成（死亡診断書も含む）など

自己負担がない場合（月）でも、診療費明細書をお送りしておりますため、申込書類につきましては、全てに記入いただきご提出をお願いいたします。

口座振替依頼書のご提出は必須ではございませんが、自己負担がある際にお支払いいただく必要がございますので、ご提出されない場合は、提出④「請求書・領収書送付依頼書」の支払方法の「銀行振込」にチェックを入れてください。

（振込手数料はご負担いただきます）

※自費診療や文書料などは、発生時に「自費」になることをお伝えいたします。

※上限額のある受給者証をお持ちの方は、上限を超える月は医療費・介護費の自己負担がございます。お持ちの受給者証をご確認ください。

主な受給者証について

【生活保護】

自治体によっては、自費で実施する健康診断や予防接種・文書料等も扶助される場合がございますので、生活保護課（福祉事務所）にご相談・ご確認ください。

【マル障（＝心身障害者医療費助成）】

介護保険サービスの「居宅療養管理指導費」は医療助成対象外となります。

【指定難病（＝難病医療費助成（54））】

設定されている上限額を超えない月は、医療費や介護費の自己負担がございます。

その際は、請求書 + 診療費明細書をお送りいたします。

I. 当クリニックの訪問診療について

当クリニックでは、患者様の「かかりつけ医」としての役割を務めることを目的とし、「施設入居時等医学総合管理」を基本とした訪問診療を提供いたします。

当クリニックの担当医師を中心として各関連医療機関と連携しながら24時間365日の診療体制でより良い療養環境をサポートいたします。

II. 訪問診療の主な内容について

医療保険を適用した診療

●定期訪問診療

- ・患者様の状態を医師が判断し、適した頻度で定期的に訪問し診察します
- ・必要に応じて検査・処置・薬の処方を行います

●24時間緊急連絡体制

- ・緊急時に備え、24時間365日の医師・看護師・事務員による緊急コール対応体制
- ・必要に応じて、電話やオンラインでの診療を実施

●（臨時）往診

- ・定期訪問診療以外の臨時診療が必要な場合、当クリニック主治医または当直医がご自宅（または施設）を訪問し、診察をし適切な対応を実施

●訪問検査（血液検査、心電図検査、超音波検査）

- ・必要に応じて、ご自宅（または施設）にて血液検査、心電図検査、超音波検査を実施

介護保険を適用した医師による管理及び指導

●当クリニックは、介護保険制度「居宅療養管理指導（要介護の場合）」「介護予防居宅療養管理指導（要支援の場合）」の指定実施医療機関です。

●「居宅療養管理指導」や「介護予防居宅療養管理指導」とは、介護保険制度において要支援・要介護の認定を受けられた方かつ、通院が困難な方に対し、継続的な医学的管理に基づき以下の内容を医師が行うものです。

- (1) 介護支援専門員(ケアマネージャー)へ、介護サービス計画の作成等に必要な情報を提供します。
- (2) 患者様や施設職員(看護・介護者)へ、介護サービス利用上の留意事項や介護方法の指導・助言等を行います。
- (3) その他、療養上必要な事項についての指導・助言等を行います。

※当しおり最後のページの重要事項説明書をご確認ください

III. 費用について <令和6年6月現在>

訪問診療に係る費用は、一部を除き、医療保険・介護保険が適用されます。公費負担を受けられている患者様（身体障がい者・生活保護・難病など）の医療費は公費でまかなわれます。

※介護保険の要介護認定を受けている方は**居宅療養管理指導料**が別途必要となります

①**医学管理と投薬に関する費用【施設入居時医学総管理料 1625点～3285点/回】**

※特定疾患や難病など御病状や介入期間により変化いたします

②**診察に関する費用【在宅患者訪問診療料 基本月2回 213～888点*2/回】**

③**その他の費用【注射・検査・在宅酸素療法などを行った場合の費用、居宅療養管理指導料(要介護・要支援の方)】**

定期的な月額負担の例（医療保険1割/介護保険1割/月2回定期往診）

①施設入居時 医学総管理料 (月1回) 1625円～3285円	+	②在宅患者 訪問診療料 (月2回) 213×2回=426円又は 888×2回=1776円	+	③その他の費用 注射・処置・緊急の往診料等 居宅療養管理指導料 ※月2回で520～598円	=	月合計 2571円～5659円 + 検査料や加算等
--	---	--	---	--	---	---------------------------------

※1 必要に応じて臨時で行った往診料、電話再診料、検査料は別途診察料が発生します。

※2 在宅患者訪問診療料は同一建物に居住する患者様の人数が1名の場合及びご病状により訪問診療開始後60日間など条件により、888点/回になります。

※ 院外薬局にてお薬代が別途かかります。

III. i 医療保険

①**施設入居時等医学総管理料**

通院が困難な患者様を対象とし、心身状態を把握し、24時間対応するために係る費用です。訪問頻度や罹患されているご病気や特別な医療機器、処置等の有無により異なります。

(末期悪性腫瘍、スモン、指定難病、脊椎損傷、真皮を超える褥瘡、在宅酸素療法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅自己導尿、在宅人工呼吸、気管切開、気管カニューレ使用、人工肛門または人口膀胱、ドレーンチューブ、または留置カテーテル使用、等の状態にある場合。)

②**在宅患者訪問診療料**

定期的・計画的に施設に訪問し診療を行った場合にかかる費用です。

後期高齢者・前期高齢者保険制度の一部負担金の限度額について

負担割合により自己負担上限額が決まり、一ヶ月あたりの診療費の自己負担上限額は別紙をご参考ください。
 ※各医療機関の窓口ごとの自己負担上限額

III. ii 介護保険

③**居宅療養管理指導費（月2回まで）：医師が行う場合**

要支援・要介護状態にあるご利用者様が施設やご自宅において自立した生活を営むことができるよう医師が訪問して病状、心身の状況、置かれている環境などを把握し、居宅介護支援事業者・ケアマネージャーに居宅サービス計画書の作成に必要な情報を提供するとともに、利用者及び家族の方に療養上の管理・指導・助言を行います。ひと月に2回を限度として算定します。

●**居宅療養管理指導費（II）299単位/回**

※施設で診療を受けられている患者様の人数により異なります

IV. 相談窓口

あおばの森内科クリニック 在宅医療室
 TEL：045-530-9466（月～金 9:00～18:00） FAX：045-530-9468
 ✉：zaitaku@yokohama-aobadai-naika.jp

以上

医療費について

施設患者様用

医療費の目安

在宅医療は 保険保険と介護保険が適用されます (定期的な医学管理料の月額負担の例)			後期高齢者医療保険	高齢受給者	一般、高齢受給者、後期高齢者 の中で現役並み所得のある方
			1割負担	2割負担	3割負担
①	特別な管理が 必要な方	月2回 (※1人)	約6,000円	約12,000円	約18,000円
		月2回 (※2~9人)	約3,850円	約7,700円	約11,550円
		月2回 (※10人以上)	約3,400円	約6,800円	約10,200円
		月4回 (※1人)	約7,750円	約15,500円	約23,250円
		月4回 (※2~9人)	約4,250円	約8,500円	約12,750円
		月4回 (※10人以上)	約3,850円	約7,700円	約11,550円
②	上記以外	月2回 (※1人)	約5,300円	約10,600円	約15,900円
		月2回 (※2~9人)	約2,300円	約4,600円	約6,900円
		月2回 (※10人以上)	約1,700円	約3,400円	約5,100円
		月4回 (※1人)	約7,050円	約14,100円	約21,150円
		月4回 (※2~9人)	約2,700円	約5,400円	約8,100円
		月4回 (※10人以上)	約2,150円	約4,300円	約6,450円
③	緊急往診	1回につき	約1,800円	約3,600円	約5,400円
④	夜間・休日緊急往診 (6:00~8:00 18:00~22:00)	1回につき	約2,840円	約5,680円	約8,520円
⑤	深夜緊急往診 (22:00~6:00)	1回につき	約4,070円	約8,140円	約12,210円

通常、高齢者の負担上限金額は18,000円となります。
※ご年齢や世帯収入により異なります。

- ★特別な管理とは・・・特定の疾患やカテーテル、酸素などを使用している方が該当します。
 - ★介護保険一部負担は別途となります。詳細はご契約書を確認ください。
 - ★上記①、②は定期訪問診療の料金のみ記載しております。緊急時の往診にかかる費用(③、④、⑤)や管理料・採血・各種検査・点滴・処置等の料金は別途加算となります。
 - ★初診時には必ず保険証をご提示ください。提示いただけない場合保険適応ができず、全額自費でのご負担となります。
 - ★重度障害者医療証・限度額認定証等にて医療費が助成または免除となります。事前にご提示ください。マイナ保険証をお持ちの場合、来院して認証機器より認証いただきますと、限度額認定証が不要となります。
 - ★健康保険証や介護証が変更となった場合はコピーをご提出いただくか、または当院までFAX又はメールにて速やかにご提示ください。
 - ★健康保険適用外の費用などは別紙をご参照ください。
 - ★交通費は保険診療外費用ですが定期訪問診療時はいただいております。
- 定期訪問診療時以外の交通費は下記となります。

定期訪問診療以外の夜間(午後6時~午後10時)、土曜、日曜の日中(午前8時~午後6時)	訪問毎 1,000円~実費
定期訪問診療以外の早朝・深夜(午後10時~翌午前8時)	訪問毎 3,000円~実費

お支払い方法(口座振替/クレジットカード払い)

- ★お支払いは月毎となります。
- ★月末締め・翌月下旬に診療明細によるご請求額をご指定の住所へ送付します。
- ★毎月27日(土日・祝日の際は翌営業日)に預金口座振替にてお支払いとなります。
- ☆クレジットカード支払いの場合は、毎月20日前後に書面にてご請求QRコードをお送りします。
- ★ペーパーレス促進のため請求書と振込明細書を領収書の代用とさせていただきます。領収書発行をご希望の場合は、別途お申し付けください。
- ★預金口座振替をご利用せず、現金や銀行振込でのお支払いをご希望の方はご相談ください。

あおばの森内科クリニック 健康保険適用外負担一覧表(ご参考)

分類	文書名	料金 (税込)
診断書	死亡診断書	5,500円
	死亡診断書 (英訳)	11,000円
	診断書	3,300円
	成年後見人の診断書	3,300円
	自立支援診断書	5,500円
	障害年金診断書	11,000円
	入所時健康診断書	5,500円
	国民年金 受給者現況届	5,500円
	保険会社宛診断書 (専門用紙)	5,500円
証明書	証明書 (ご家族が介護の為、会社を休まなければならない旨)	3,300円
	保険会社宛 通院証明書	5,500円
	〃 死亡証明書	5,500円
意見書	相談記録票及び医学的判定 (意見書)	2,200円
無料	寝たきり証明書	
	オムツ証明書	
	入浴可否指示書	
	装具装着証明書	

あおばの森内科クリニック
在宅医療室
院長 安藤 太基

『訪問診療（在宅医療）』利用同意書 及び個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族は、書面にて、あおばの森内科クリニックの実施する医療保険制度に則った訪問診療について内容及び費用につき確認した上、下記の訪問診療の利用に同意します。

記

〔医療保険：医学管理料と在宅患者診療料の名称〕

●施設入居時等医学総合管理（施設入居時等医学総合管理料）

通院が困難な患者様を対象とし、24時間対応する体制、またそれに係る費用

●在宅患者訪問診療（在宅患者訪問診療料）

定期的・計画的に施設に赴いて診療を行う、またそれに係る費用

私（利用者）及びその家族は、私及びその家族の個人情報を、以下に記載するとおり、必要最小限の範囲内で使用すること及び第三者に提供することに同意します。

1. 当クリニックは、提供された患者又は利用者の情報を、以下の各号の目的以外の目的に利用しないこと

- （1）訪問看護又は居宅サービスの提供
- （2）診療費請求のための事務及び病院の管理運営業務
- （3）企業等からの委託を受けて行なう健康診断等における企業等へのその結果の通知
- （4）医師賠償責任保険等に係る保険会社等への相談又は届出
- （5）病院又は研究機関で行なわれる教育及び医療の質の向上を目的とした症例研究
- （6）外部監査機関への情報提供

2. 以下の各号の場合に限り、第三者に提供することができること

- （1）利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者提供する場合
- （2）前項各号の目的のために病院が業務を委託する者に提供する場合
- （3）前項各号に定める場合
- （4）個人情報保護法第23条の規定により第三者へ提供することができる場合

3. 条件

- （1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- （2）個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

あおばの森内科クリニック 宛

年 月 日

〈ご利用者様〉

氏名

印

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者
に代わって、その署名を代筆しました。

〈署名代筆者〉

〒

住所

代筆者氏名

印

請求書・領収書 送付依頼書

あおばの森内科クリニックの『訪問診療（在宅医療）』の費用に関する請求書・診療明細書を、下記までお送りください。

日付	年 月 日	
ご入居者さま	ふりがな	
	お名前	
	施設名	
ご記入者さま	ふりがな	
	お名前	
	ご住所	〒 —
	お電話	— —
	ご本人との関係	
支払方法	<p>希望されるお支払い方法に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/>：口座振替（口座振替依頼書をご提出ください）</p> <p><input type="checkbox"/>：クレジットカード払い</p> <p>※メールアドレスをご記入ください。毎月送付されます「<input type="checkbox"/>請求書」に記載のQRコードまたは毎月送信される「<input type="checkbox"/>メール」リンクより毎月決済をお願いいたします。</p> <p><input type="checkbox"/>：領収書の送付を希望（発行手数料 別途80円/通）</p>	
メールアドレス	@	オンライン診療：可・否
請求書 領収書 送付先	<input type="checkbox"/> ：ご記入者さまに同じ ※ご記入者さまと異なる場合は、下記をご記入ください。	
	ふりがな	
	お名前	
	ご住所	〒 —
	お電話	— —
	ご本人との関係	

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 契約書

御利用者 _____ 様（以下「甲」という）と
医療機関 あおばの森内科クリニック（以下「乙」という）とは、
居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

第1条（内容）

乙が、甲（通院が困難な利用者）に対しその居宅を訪問して行う計画的、継続的な医学的管理を基に、利用者が居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者及び居宅サービスを利用するその他の事業者に対して居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供を行います。また、利用者もしくはその家族等に対する居宅サービス利用上の留意点、介護方法等について、指導及び助言を行います。※事業者への情報提供については、個人情報ですので利用者の同意を得て行います。

第2条（費用）

在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合は、月に2回を限度とし1回あたり260円～299円、その他の場合は月に2回を限度とし1回あたり520円～1794円を甲は居宅療養管理指導サービスの対価として月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

※負担割合証に記載されている利用者負担割合及び回数により利用者負担額が異なります。

※介護報酬改定等により変更が生じた場合は、改定後の費用とする。

第3条（契約期間）

契約期間は、契約締結日から要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

第4条（協議事項）

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については関係法令の趣旨を尊重して、利用者と当医院の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲及び乙は署名捺印の上、各自1通ずつを保有することとします。

年 月 日

サービスの提供にあたり、上記の内容を理解しました。

利用者（甲） 入居施設名

氏名 _____ (印)

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

〒

署名代筆者 住所

氏名 _____ (印)

医療機関（乙） 住所 神奈川県横浜市青葉区若草台17-1-2F

名称 あおばの森内科クリニック 医師 安藤 太基 (印)

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 契約書

御利用者 _____ 様 (以下「甲」という) と
医療機関 あおばの森内科クリニック (以下「乙」という) とは、
居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

第1条 (内容)

乙が、甲 (通院が困難な利用者) に対しその居宅を訪問して行う計画的、継続的な医学的管理を基に、利用者が居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者及び居宅サービスを利用するその他の事業者に対して居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行います。また、利用者もしくはその家族等に対する居宅サービス利用上の留意点、介護方法等について、指導及び助言を行います。
※事業者への情報提供については、個人情報ですので利用者の同意を得て行います。

第2条 (費用)

在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合は、月に2回を限度とし1回あたり260円～299円、その他の場合は月に2回を限度とし1回あたり598円～1794円を甲は居宅療養管理指導サービスの対価として月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

※負担割合証に記載されている利用者負担割合及び回数により利用者負担額が異なります。

※介護報酬改定等により変更が生じた場合は、改定後の費用とする。

第3条 (契約期間)

契約期間は、契約締結日から要介護 (支援) 認定有効期間の満了日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護 (支援) 認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護 (支援) 認定有効期間の満了日までとします。

第4条 (協議事項)

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については関係法令の趣旨を尊重して、利用者と当医院の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲及び乙は署名捺印の上、各自1通ずつを保有することとします。

年 月 日

サービスの提供にあたり、上記の内容を理解しました。

利用者 (甲) 入居施設名

氏名 _____ (印)

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

〒

署名代筆者 住所

氏名 _____ (印)

医療機関 (乙) 住所 神奈川県横浜市青葉区若草台17-1-2F

名称 あおばの森内科クリニック 医師 安藤 太基 (印)

現在のお住まい（ご自宅または施設）で穏やかな生活をして頂けるようできる限り支援して参ります。

患者さまの病状に変化が生じた際、医学的知見に基づいた処置や対応について、ご本人やご家族の皆様にはご説明させていただき、ご理解いただく場面が多々ございます。しかしながら、患者さま・ご家族がどのようなご意向をお持ちかはとても大切です。一方的な医療を押し付けるのではなく、できる限り患者さまとご家族のお気持ちを伺いながら対応したいと考えております。

適切な治療方針に役立てたく、下記内容へご回答頂きますようお願い申し上げます。

【各項目についてお話し合いの上、ご意向に当てはまるものにを入れてください】

※こちらでお答えできなかったり、ご希望が変わることも踏まえて可能な範囲で構いません

① 検査について

※病状把握のための必要な検査

- 訪問診療で出来る検査のみ希望する（血液検査・心電図検査・超音波検査、CTレントゲン検査など）
 病院等の高度医療機関での検査を希望する（画像検査（MRI、造影）、内視鏡検査など）

② -1 医療処置について（嚥下困難等で食事が摂れなくなった場合）

※お住まい（ご自宅または施設）の環境によっては、対応が困難な処置もあります

- 末梢静脈点滴、皮下点滴（主に水分、栄養はわずか）を 希望する 希望しない
中心静脈栄養点滴（太い静脈から直接の点滴：十分な栄養補給が可能）を 希望する 希望しない
経鼻胃管（鼻から胃に細いチューブを挿入し、栄養を補給する方法）を 希望する 希望しない
胃瘻（お腹の皮膚から胃にトンネルを作り栄養を補給する方法）を 希望する 希望しない

② -2 医療処置について（呼吸が苦しくなった場合）

在宅酸素（お住まいで酸素吸入を行う方法）を 希望する 希望しない

③ 救急搬送・入院加療について

- 病状悪化時には、救急搬送及び入院を希望する
 転倒・骨折など外傷性のもので、搬送することで改善が見込まれる場合は搬送を希望する

↓搬送を希望する病院：_____

※緊急性がある場合やベッドの空き状況等によりご希望に添えない場合がございます

- お住まいで可能な治療のみ希望し、救急搬送・入院を希望しない
※急変時の連絡から医師が到着するまで数時間前後かかる場合がございます

④ 心肺停止状態または、心肺停止に近い状態発見された場合の特別な医療処置について

- 心肺蘇生法（心臓マッサージ・人工呼吸器など）を希望する
※人工呼吸器は一度装着すると外すことが非常に困難になります
 延命治療となり身体に負担がかかるならば、いずれも希望しない

⑤ 終末期の療養の場所について

- 最期まで、現在のお住まいでの療養を希望する
 その他（_____）

令和 年 月 日

患者さま氏名：_____

身元引受人（家族、それに準ずる方）：_____（続柄：_____）

他に同席された方：_____（続柄：_____）