

在宅終末期連絡ノート(患者家族用)

作成日 年 月 日

_____様 歳 男・女

在宅介護者: _____ 続柄 _____

連絡先 (下記の医師コールの基準にあてはまるようになった場合や、その他、状況が悪化し連絡が必要と思われる場合は下記連絡先の1に連絡し、連絡が取れない場合や、その医師の指示があれば、以後2、3、4の順に連絡してください)

1 かかりつけ医(主治医) _____ TEL _____

2 副主治医1 _____ TEL _____

3 副主治医2 _____ TEL _____

4 病院 TEL _____

連携病院サポート医 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

本当の終末をどこで迎えるか(①から③のいずれかに○をつけてください)

- ① 最後まで自宅または自宅に準ずる場所で
- ② 最後は病院で
- ③ できるだけ自宅に居たいが、痛みなどの苦しみが著しいときなどは病院に

医師に連絡する目安

*****富山市医師会在宅医ネット*****