

## 在宅生活支援に向けての確認表 -2

※ご本人・ご家族様からの聞き取り情報

本人氏名

サービス種別		担当医療機関・事業所	
在宅療養に必要なサービス	<input type="checkbox"/> 医師・訪問診療(医療保険適応)		
	<input type="checkbox"/> 歯科医師・訪問診療(医療保険適応)		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (医療保険適応)		
	<input type="checkbox"/> 薬剤師の訪問 (医療保険適応)		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		
	<input type="checkbox"/> 介護用ベッド式 <input type="checkbox"/> 褥そう予防マットレス <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 点滴棒 <input type="checkbox"/> 吸引器		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入		
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 防水シート <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> オムツ (                          ) <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> その他：		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 臨床心理士・カウンセラー	
	<input type="checkbox"/> 訪問マッサージ	<input type="checkbox"/> 管理栄養士	
	<input type="checkbox"/> 福祉タクシー		
	<input type="checkbox"/> その他：		
これだけはやっておきたい事、行きたい所や大切にしたいと思っていること			
本人		家族	
これだけはやって欲しくない事			
本人		家族	
退院後の生活に望むこと			

※ 記入後の「確認表 1・2・3」は、まとめて下記の事業窓口まで提出してください(郵送等、写し可)。

【事業窓口】江東区保健所健康推進課がん対策・地域医療連携係

電話:03-3647-5889

江東区東陽2-1-1(〒135-0016)

MAIL: 260303@city.koto.lg.jp