

退 院 証 明 書

保険医療機関名称 岩国市立 美和病院
住所 岩国市美和町渋前1383番地1
電話番号 0827-96-1155
主治医氏名 丹羽 英彰

患者氏名 美和 花子	性別 (女)
患者住所	
電話番号	
生年月日 昭和 03年 03月 17日 生 (97歳)	

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日

- 入院年月日
- 退院年月日

2. 当該保険医療機関における入院基本料等（特定入院を含む。）の種別および算定期間（複数ある場合はそれぞれ記載のこと。）

- 入院基本料等の種別：

①
②
③
④
- 算定期間：

日	①	(	～	)
日	②	(	～	)
日	③	(	～	)
日	④	(	～	)

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

- 日 (現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名

- 傷病名：

5. 転帰（該当するものに○をつける。）

- ☐ 治癒
- ☐ 治癒に近い状態（寛解状態を含む。）
- ☐ その他

6. その他の特記事項

記入日 令和08年01月21日

医師意見書

申請者	(フリガナ) 美和 花子	女	〒 連絡先
	美和 花子		
	昭和 03年 03月 17日 生 97 歳		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス等利用計画の作成に当たって利用されることに ☐ 同意する ☐ 同意しない			
医師氏名 医療機関名 岩国市立美和病院 電話 0827-96-1155 医療機関所在地 岩国市美和町波前1383番地1 FAX 0827-96-1157			
(1)最終診察日			
(2)意見書作成回数 ☐ 初回 ☐ 2回目以上			
(3)他科受診 ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他()			

1. 傷病に関する意見

(1)診断名(障害の直接の原因となってる傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1.		発症年月日 ()	☐ 不詳
2.		発症年月日 ()	☐ 不詳
3.		発症年月日 ()	☐ 不詳
入院歴(直近の入院歴を記入)			
1.	～	(傷病名:)	
2.	～	(傷病名:)	
(2)症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 不安定である場合、具体的な状況を記入。特に精神疾患・難病については症状の変動についてわかるように記入。			
(3)障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容			

2. 身体の状態に関する意見

(1)身体情報			
利き腕(☐ 右 ☐ 左) 身長 = 156 cm 体重 = 75 kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)			
(2)四肢欠損 (部位:)			
(3)麻痺			
	右上肢	(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
	右下肢	(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
	その他	(部位:)	程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
(4)筋力の低下 (部位:) 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)			
(過去6ヶ月の症状の変動 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 増悪)			
(5)関節の拘縮			
	肩関節 右	(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	左 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
	肘関節 右	(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	左 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
	股関節 右	(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	左 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
	膝関節 右	(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	左 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
	その他 (部位:)		程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
(6)関節の痛み (部位:) 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)			
(過去6ヶ月の症状の変動 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 増悪)			
(7)失調・不随意運動			
	上肢 右	(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	左 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
	体幹	(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
	下肢 右	(程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	左 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
(8)褥瘡 (部位:) 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)			
(9)その他の皮膚疾患 (部位:) 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)			

3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害											
☐ 昼夜逆転	☐ 暴言	☐ 自傷	☐ 他害	☐ 支援への抵抗	☐ 徘徊						
☐ 危険の認識が困難	☐ 不潔行為	☐ 異食	☐ 性的逸脱行動	☐ その他 ()							
(2) 精神症状・能力障害二軸評価						〈判定時期 年 月 〉					
精神症状評価	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6					
能力障害評価	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5						
(3) 生活障害評価						〈判断時期 年 月 〉					
食事	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	生活リズム	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
保清	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	金銭管理	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
服薬管理	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	対人関係	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
社会的適応を妨げる行動	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5						
(4) 精神・神経症状											
☐ 意識障害	☐ 記憶障害	☐ 注意障害	☐ 遂行機能障害								
☐ 社会的行動障害	☐ その他の認知機能障害	☐ 気分障害 (抑うつ気分、軽躁/躁状態)									
☐ 睡眠障害	☐ 幻覚	☐ 妄想	☐ その他 ()								
専門科受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無											
(5) てんかん											
☐ 週1回以上	☐ 月1回以上	☐ 年1回以上									

4. 特別な医療 (現在、定期的あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置
	☐ 酸素療法	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の管理
	☐ 経管栄養 (胃ろう) ☐ 喀痰吸引処置 (回数 回/日) ☐ 間歇的導尿			
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置			
失禁への対応	☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)			

5. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針									
☐ 尿失禁	☐ 転倒・骨折	☐ 徘徊	☐ 褥瘡	☐ 嚥下性肺炎	☐ 腸閉塞				
☐ 易感染性	☐ 心肺機能の低下	☐ 疼痛	☐ 脱水	☐ 行動障害	☐ 精神症状の増悪				
☐ けいれん発作	☐ その他 ()								
→ 対処方針 ()									
(2) 障害福祉サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項									
血圧について ()									
嚥下について ()									
摂食について ()									
移動について ()									
行動障害について ()									
精神症状について ()									
その他 ()									
(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入)									
☐ 有 () ☐ 無 ☐ 不明									

6. その他特記すべき事項

障害支援区分の認定やサービス等利用計画の作成に必要な医学的なご意見等をご記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

在宅療養計画書

岩国市美和町波前1383番地1
岩国市立美和病院
電話： 0827-96-1155
FAX： 0827-96-1157

当院では、以下の計画に基づき、在宅療養のお手伝いをいたします。
なお、症状変化に応じて下記内容は予告なく変更となる場合がありますので、ご了承いただきますようお願いいたします。訪問診療・訪問看護の利用停止を希望される場合には、速やかに連絡をいただきますようよろしくお願いいたします。

説明日	令和 年 月 日	担当医： 丹羽 英彰	
フリガナ	ミナモト	性別	生年月日
患者氏名	美和 花子	女	昭和 03年 03月 17日 生
現在の状態：			
病状の安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
診療の予定（訪問予定頻度・検査予定など）：			
医療処置情報：			
服薬・点滴など：			

訪 問 診 療 同 意 書

岩国市美和町波前1383番地1
岩国市立美和病院
電 話： 0827-96-1155
F A X： 0827-96-1157

訪問診療ならびに在宅訪問療養計画の内容について説明を受け、
岩国市立美和病院において在宅での訪問診療を受けることに同意いたします。
また、医療・介護上必要と思われるときには、連携医療機関・
訪問看護ステーション・居宅介護支援事業者等に私の情報を提供することにも
同意いたします。

令和 年 月 日

患者署名：

代理人署名：

(患者との関係：)

岩国市立美和病院 介護予防居宅療養管理指導及び居宅療養管理指導説明文書

令和6年6月1日

1 当院は、山口県知事指定の介護予防居宅療養管理指導及び居宅療養管理指導（以下「居宅療養管理指導等」という）実施施設です。（事業所番号3517210013）

2 居宅療養管理指導等の目的

医師が行う居宅療養管理指導等は、居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）が作成する居宅サービス計画（ケアプラン）に必要な情報の提供や、利用者・家族等に対する療養上必要な指導・助言を行います。
薬剤師が行う居宅療養管理指導等は、医師の指示に基づき、居宅を訪問し、薬学的管理指導を行います。

3 実施時間

午前8時30分から午後5時15分まで（月曜日から金曜日まで。祝日、12/29～1/3は除く）また、電話での相談には、随時応じております。なお、居宅介護支援事業者への情報提供については、随時行います。

4 実施地域

通常の場合、岩国市美和町に居住する利用者にサービスを提供します。
※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

5 利用料等

＜介護保険の利用料＞

医師による居宅療養管理指導等

1回につき 5,150円 月2回まで

※ 利用者の負担割合に応じた額の支払いとなります

薬剤師による居宅療養管理指導等

1回につき 5,660円 月2回まで

※ 利用者の負担割合に応じた額の支払いとなります

特別地域加算

当事業所の所在地が復興山村地域に所属するため、1回の訪問につき基本料金の100分の15を加算いたします。

中山間地域等に居住する方へのサービス提供加算

当事業所が、通常の事業実施地域を超えて中山間地域等に居住する利用者にサービスの提供をした場合、基本料金に特別地域加算を加えた料金の100分の5を加算いたします。

交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方、及び中山間地域等に居住する方へのサービス提供加算を算定する場合、交通費は徴収しません。
それ以外の場合は、通常の実施区域を超えた部分については交通費を算定いたします。超えた部分が片道1kmまでは100円、1kmを超える毎に100円を加算いたします。（上記料金とは別に消費税がかかります）

＜その他の費用＞

居宅療養管理指導の実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、材料等の費用は利用者の負担となります。
訪問診療や往診、それに伴う治療の費用、薬剤料、及び、治療に関する電話相談場合は、医療保険として取り扱われ、医療保険の一部負担が、別途かかります。

6 秘密保持

- ① 居宅療養管理指導等を実施するにあたって知り得た秘密は漏らしません。
- ② ただし、居宅介護支援事業者に居宅サービス計画（ケアプラン）作成のために患者さんの情報を提供する必要があります。この情報については、患者さん又は家族の了解のもとで、居宅介護支援事業者に提供します。

7 相談・苦情処理

居宅療養管理指導等に関する相談や苦情があれば、いつでも医師にご相談下さい。
苦情については必要な対応を行います。

居宅療養管理指導等の実施にあたり、説明文書に基づき、利用者に対して重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者乙 住 所

岩国市美和町渋前1383番地1

事 業 者 名

岩国市立美和病院

（事業者番号）

3 5 1 7 2 1 0 0 1 3

代 表 者 名

岩国市長 福田 良彦 印

説明者 職 名

氏 名

印

重要事項説明同意書

私は、重要事項説明同意書に基づいて、居宅療養管理指導等の重要事項の説明を受けました。

年 月 日

甲利用者署名 住 所

氏 名

印

代理人署名
(選任した場合)

住 所

氏 名

印

※ 代筆の場合は、代筆者が利用者と代理人署名欄を記入してください

緊急時等における連絡先

主治医	病院名 及び 所在地	岩国市立美和病院 岩国市美和町渋前1383番地1
	氏名	丹羽 英彰
	電話番号	0827-96-1155

緊急時 連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	
	住所	
	電話番号	

記入日 令和08年01月21日

申請者	(フリガナ) 美和 花子		女	〒 連絡先
	昭和 03年 03月 17日 生 97 歳			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する ☐ 同意しない				
医師氏名 丹羽 英彰 医療機関名 岩国市立美和病院 医療機関所在地 岩国市美和町波前1383番地1				
(1)最終診察日		(2)意見書作成回数		☐ 初回 ☐ 2回目以上
(3)他科受診の有無 ☐ 有 ☐ 無 有の場合 ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他()				
1 傷病に関する意見	(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名) (については1. に記入)及び発症年月日			
	1. 発症年月日(☐ 不詳)			
	2. 発症年月日(☐ 不詳)			
	3. 発症年月日(☐ 不詳)			
(2)症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)				
(3)生活機能低下の直接の原因となっている 傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病 についてはその診断の根拠等について記入)				
2 特別な医療	(過去14日以内に受けた医療のすべてをチェック)			
	処置内容 ☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養 特別な対応 ☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置 失禁への対応 ☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)			
3 心身の状態に関する意見	(1)日常生活の自立度等について			
	・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M			
	(2)認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)			
	・短期記憶 ☐ 問題なし ☐ 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 ☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない ・自分の意思の伝達能力 ☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない			
	(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合も含む)			
☐ 無 ☐ 有 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他()				
(4)その他の精神・神経症状 ☐ 無 ☐ 有 症状名: (専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無)				

3 心身の状態に関する意見	(5)身体の状態 利き腕(☐ 右 ☐ 左)身長= 156 cm 体重= 75 kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少) ☐ 四肢欠損 (部位: _____) ☐ 麻痺 ☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ その他 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 筋力の低下 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 関節の痛み (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 失調・不随意運動 ・上肢 ☐ 右 ☐ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
4 生活機能とサービスに関する意見	(1)移動 屋外歩行 ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない 車いすの使用 ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用 (2)栄養・食生活 食事行為 ☐ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助 現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良 → 栄養・食生活上の留意点(_____) (3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 ☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊 ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他(_____) → 対処方針(_____) (4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し ☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明 (5)医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスも含まれます。) ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス(_____) ☐ 特記すべき項目なし (6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載) ☐ 血圧(_____) ☐ 摂食(_____) ☐ 嚥下(_____) ☐ 移動(_____) ☐ 運動(_____) ☐ その他(_____) ☐ 特記すべき項目なし (7)感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい。) ☐ 無 ☐ 有 (_____) ☐ 不明
5 特記すべき事項	前回の要介護度における主治医意見書作成時点と比較して『介護の必要度』が ☐ 減少 ☐ 変化なし ☐ 増加 要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。 なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。 (情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。) 要介護認定結果の情報提供を希望 ☐ する ☐ しない

上部/下部消化管内視鏡検査・内視鏡的治療について

この説明文書は、上記についての目的、内容について説明するものです。
ご不明な点がありましたら、何でもおたずね下さい。

1. あなたの病気について

2. 検査治療の目的

病気診断のため、上部/下部の消化管を観察します。必要に応じて組織検査(生検：組織の一部をわずかにとって詳しく調べる検査)を行い、診断に役立てます。外来で安全に切除できると考えられるポリープについては、ご本人様やご家族の希望により切除も検討いたします。

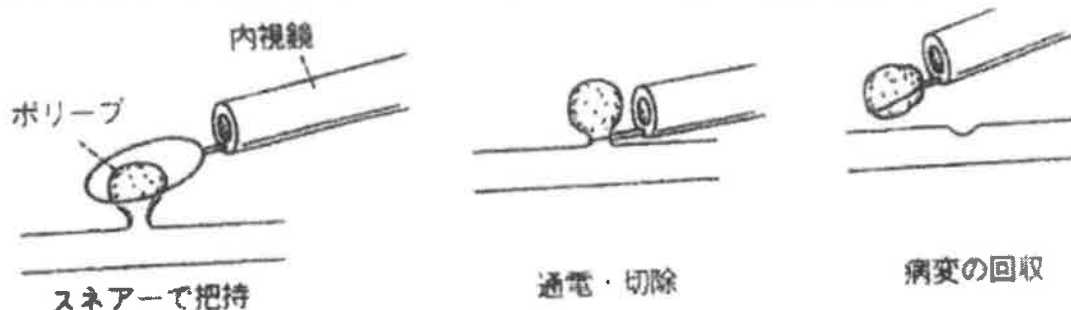
3. 治療の内容と注意事項

<下部消化管内視鏡について>

- 検査前には、消化のよいものを摂るようにしてください(場合により検査食をお出しします)。
- 検査当日は、下剤を飲んでいただき、腸の中を空にして、検査の準備をします。

<ポリープ切除術について>

●腺腫ポリープの大きなものなどは、がん化する可能性もあり、また出血の原因にもなりますので、治療の対象となります。また、一部の早期がんも対象です。方法は下の図のようになります。場合により、病理検査(顕微鏡でがんの細胞がないか調べる)に提出します。焼き切った所には出血防止のためワニ口の形をしたクリップをかけることもあります(クリップは1～2週間で自然に脱落し、便と一緒に排出されます)。



<注意事項>

- 以下のような場合は、内視鏡検査(治療)は行えないか、延期する場合があります。
 - ①重篤な基礎疾患のある場合 心臓・肺・肝臓・腎臓などに基礎疾患・合併症がある場合は難しいことがあります。
 - ②治療中・治療後の安静が守っていただけない可能性のある場合 治療中は、安静にして頂く必要があります。また治療後も短期間ではありますが安静を保って頂く必要があります。これらを守っていただけないような場合は、検査(治療)を断念せざるを得ない場合があります。必要に応じて、鎮静を行わせていただく場合があります。
 - ③患者様およびご家族のご同意・ご協力が得られない場合
- 心血管系疾患、脳血管性疾患などの治療のために抗血小板薬・抗凝固薬を内服している方では内服中止をすると血栓症を起こす危険性が上昇します。そのため治療による出血の危険性と内服中止をすることによる血栓症発生の危険性を総合的に判断し、抗血小板薬・抗凝固薬の内服を継続するか、中止するかを判断します。

4. 治療に伴う危険性について

次の事がおこれば入院治療が必要になる場合があります。

① 消化管穿孔

ごく稀にカメラ挿入時やポリープ切除後に消化管に孔があいてしまうことがあります。この場合、内視鏡を使って孔をふさぐ治療を試みますが、緊急開腹手術が必要になることもあります。

② 出血

組織検査（生検）やポリープを切除した後などには出血することがあります。抗血栓薬（血液サラサラにする薬）を内服している・していないに関わらず、頻度は0.09%とされています（臓器による差異が多少あります）。出血量が多い場合は内視鏡を使って止血処置を試みますが、ごく稀に輸血や緊急開腹手術が必要となる場合があります。

③ 鎮静に伴う呼吸抑制・循環抑制

ご希望に応じて鎮静剤を使用する場合がありますが、その際に鎮静剤の副作用で呼吸回数の低下や血圧低下などが起こる可能性があります。そのようなことが生じた場合は酸素投与や昇圧剤の投与など適切な対応を行います。

④ その他

予想されることについては以上ですが想定外のことが起こったり、検査中に全身状態が悪化したりする場合がございます。その場合は状況に応じて適切な処置を行います。

5. 遠隔診断支援システムの稼働について

当院では令和3年2月より、第5世代移動通信システム（5G）を用いた遠隔診断支援システムの試験運用を行っています。これは、検査中の内視鏡画像を山口県立総合医療センター（防府市）にリアルタイムで伝送し、それを見た消化器内科専門医等から当院の検査医師が助言などを得られるもので、新たな危険や金銭的負担は発生しません。検査画像の傍受を防ぐため、通信機器には十分な対策が取られています。

6. 併発症発生時の対応

併発症が起きた場合には、その時点で最善と考えられる処置をさせていただきます。

なお、その際の医療も通常の保険診療となります。

7. 治療を行わなかった場合に予測される経過

8. 治療の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、本治療を開始前であれば中止することが出来ます。

9. 個人情報の取り扱いについて

今後の医療の発展の為の研究、学会等での発表等において、個人を特定できない方法で手術経過等の臨床データを利用させていただくことがあることをご了承ください。

10. 連絡先

質問や、緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

〒740-1225

岩国市美和町波前1383番地1

岩国市立美和病院

電話：0827-96-1155

（代表）

上部/下部消化管内視鏡検査・内視鏡的治療に関する同意書

岩国市立美和病院 院長 殿

私は、消化管内視鏡検査・治療を受けるにあたり、その内容を十分に理解しました。

私はこの治療を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。

1. 病気について
2. 治療の目的
3. 治療の内容と注意事項
4. 治療に伴う危険性
5. 遠隔診断支援システムの稼働について
6. 併発症発生時の対応
7. 治療を行わなかった場合に予測される経過
8. 治療の同意撤回について
9. 個人情報の取り扱いについて
10. 連絡先

以上のもとで、自由な意思に基づき、この治療を受けることに同意します。

説明年月日： 年 月 日

説明医： 丹羽 英彰

(同席者)

同意年月日： 年 月 日

患者氏名： _____

住所： _____

同意者[★]氏名： _____ (患者との関係： _____)

(★同意者とは、患者さんと一緒に説明を受けて治療に同意される、患者以外の家族・知人などを指します)

■患者さんに同意能力がない場合・自著不可能な場合のみ、以下の欄に代理の方が記入してください■

代理人氏名： _____ (患者との関係： _____)

代理人住所： _____

*緊急その他、事前の説明が著しく困難なときは、救命を優先し、事後の説明となる場合があります。

*緊急その他、事前の説明が著しく困難なときには、救命を優先し、事後の説明となる場合があります。

手術・処置/説明・同意書

岩国市立美和病院

病名：

手術/処置名：

手術/処置予定日： 年 月 日

手術/処置目的および方法:

手術/処置の危険性と合併症について：

手術・処置中は合併症を起こさぬよう十分注意して行います。
万一、上記その他の合併症を生じた場合には、早期に適切に対処する努力をします。

説明者：（ 丹羽 英彰 ）

以上の説明に対し、十分ご理解いただけましたら、以下に署名をお願いします。

☐ 上記の説明に納得し、手術・処置を希望します。

☐ 上記の説明を聞き、手術・処置を希望しません。

年 月 日

住所：〒

本人署名：_____ 印

代理人署名： _____ 印

(續柄：)

経皮内視鏡胃瘻造設術について

この説明文書は、経皮内視鏡胃瘻造設術(Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : 以降PEGとお書きします)についての目的、内容などについて説明するものです。ご不明な点がございましたら、何でもおたずねください。

1. あなたの病気について

2. 治療の目的

下記の表にあるように、いろいろな理由で口から食事を摂ることが出来ない場合、何らかの方法で、水分・栄養の摂取が必要となります。短期間の場合は、低濃度の末梢血管（手や足）からの点滴でカバーできますが、長期間の場合は、高カロリー点滴（中心静脈栄養法といいます）若しくは経腸栄養（経鼻胃管法、胃瘻、食道瘻など）が必要となってきます。

表 1 PEGの対応

1. 経腸栄養のアクセスとしての胃瘻造設

- 脳血管障害、認知症などのため、自発的に摂食できない例
- 神経筋疾患などのため、嚥下不能または困難な例
- 頭部、顔面外傷のため、摂食困難な例
- 咽喉頭、食道、胃噴門部狭窄例
- 食道穿孔例
- 長期成分栄養療法を必要とするクローン病症例

2. 誤嚥性肺炎を繰り返す例

- 摂食できてもしばしば誤嚥する例
- 経鼻経管留置に伴う誤嚥

3. 減圧目的

- 幽門狭窄
- 小腸狭窄

4. その他の特殊治療

3. 治療の内容と注意事項

- 1) 内視鏡を挿入して、胃内で適切な胃瘻を造る場所を決めます。
※処置中は経鼻内視鏡を使います。
- 2) 胃瘻を造る場所が決まったら、体表面に局所麻酔を行い、胃の壁と体の壁を、器具を使って固定します。
- 3) 固定した部分に器具を使ってチューブを入れる穴（瘻孔）を開けます。
- 4) 最後に穴（瘻孔）に胃瘻チューブを入れ、処置は終了です。

- 以下のような場合は、PEGは行えないか、延期することがあります。
 - ① 重篤な基礎疾患のある場合、心臓・肺・肝臓・腎臓などに基礎疾患・合併症がある場合は難しいことがあります。
 - ② 治療しても改善しないような出血しやすい症状の方
 - ③ 内視鏡を通らないような狭い場所がある場合（例：咽頭がんや食道がんなど）
 - ④ 胃の壁と体の壁を固定できない場合（例：胃と体の壁の間に腸が挟まっている）
 - ⑤ 治療中・治療後の安静が守っていただけない可能性のある場合
 - ⑥ 患者様およびご家族のご同意・ご協力が得られない場合
- 経腸栄養を開始すると下痢を起こしやすいですが、時間経過に伴って軽快することがほとんどです。また処置後は定期的に血液検査などを行っていきますが、検査後に何か変わった症状があれば適宜検査・治療を行わせていただきます。
- 心血管系疾患、脳血管性疾患などの治療のために血をサラサラにする薬を内服している方では内服中止をすると血栓症を起こす危険性が上昇します。
出血の危険性と、内服中止をすることによる血栓症の危険性を総合的に判断し、抗血小板薬・抗凝固薬の内服を継続するか、中止するかを判断します。

4. 治療に伴う危険性について

- ① 出血：
胃壁体壁固定や、瘻孔を開ける際に出血をきたす可能性があります。
ごく稀に輸血や緊急手術が必要となることがあります。
- ② 消化管穿孔：
ごく稀に消化管に孔があいてしまうことがあります。
入院治療が必要で、場合によっては手術が必要となることがあります。
- ③ 誤嚥性肺炎：
処置中にもですが、PEGを行った後も、誤嚥性肺炎が防げない方が時にあります。この場合は他の治療方針を検討する必要があります。その際は改めて主治医・担当医より説明があります。

④鎮静に伴う呼吸抑制・循環抑制

患者さんによっては鎮静薬（ドルミカム、セルシン、サイレースなど）を使わせていただく場合があります。投与の安全管理には万全を期していますが、鎮静薬の作用が強すぎ呼吸回数の低下、血圧の低下などが起こる可能性があります。そのようなことが生じた場合には酸素投与、昇圧剤の投与など適切な対応を行います。（2003年から2007年にかけての全国的な調査では、咽頭麻酔、鎮静などの処置で1000万人に9人（0.00009%）程度の死亡などの重篤な合併症が報告されています。）

⑤その他：予想されているものについては以上ですが、想定外のことが起こったり、また特に全身状態が不良な場合に検査で用いる薬剤の影響などで、検査中に状態が悪化することがごく稀にあります。その場合は状況に応じ、適切な処置を行います。

5. 併発症発生時の対応

併発症が起きた場合には、その時点で最善と考えられる処置をさせていただきます。
なお、その際の医療も通常の保険診療となります。

6. 代替可能な治療

外科手術による胃瘻または腸瘻の造設、または点滴などの他の栄養についてご相談させていただきます。

7. セカンドオピニオンを得る機会

患者さんには治療法などについて、他の医療機関での意見を受ける権利があります。担当医や相談窓口などに遠慮なくお申し出ください。

8. 治療の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、本治療を開始前であれば中止することが出来ます。

9. 個人情報の取り扱いについて

今後の医療の発展の為に研究、学会等での発表等について、個人を特定できない方法で手術経過等の臨床データを利用させていただくことがあることをご了承ください。

10. 連絡先

質問や、緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

〒740-1225

岩国市美和町洪前1383番地1

岩国市立美和病院

電話： 0827-96-1155

美和 花子 様

経皮内視鏡胃瘻造設術に関する同意書

丹羽 英彰 殿

私はこの手術を受けるにあたり、その内容を十分に理解しました。
私はこの治療を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。

1. 病気について
2. 治療の目的
3. 治療の内容と注意事項
4. 治療に伴う危険性
5. 併発症発生時の対応
6. 代替可能な治療
7. セカンドオピニオンの権利
8. 治療の同意撤回
9. 個人情報の取り扱いについて
10. 連絡先

以上のもとで、自由な意思に基づき、この治療を受けることに同意します。

説明年月日： 年 月 日

説明医： 丹羽 英彰

(同席者)

同意年月日： 年 月 日

患者氏名：

住所：〒

同意者[★]氏名： (患者との関係：)

(★同意者とは、患者さんと一緒に説明を受けて治療に同意される、患者以外の家族・知人などを指します)

■患者さんに同意能力がない場合・自著不可能な場合のみ、以下の欄に代理の方が記入してください■

代理人氏名： (患者との関係：)

代理人住所：

*緊急その他、事前の説明が著しく困難なときには、救命を優先し、事後の説明となる場合があります。

ID番号 0000099993

氏名 美和 花子

殿 生年月日 昭和 03年 03月 17日 生

MRI検査同意書

■該当する項目にチェックをつけて下さい。

必ず診療科で検査毎、検査予約時に御記入下さい。

1. 手術等で体内に埋め込んでいますか？(禁忌)	☐ 心臓ペースメーカー ☐ 刺激電極 ☐ 体内式除細動装置 ☐ 人工内耳
2. 手術等で体内に埋め込んでいますか？ (主治医の確認が必要。場合によっては禁忌)	☐ 脳動脈クリップ ☐ シェントバルブ ☐ 心臓の人工弁 ☐ 歯科インプラント
- 1 歯科インプラントのタイプは？	☐ 磁石式 (禁忌) ☐ 取り外しのできないインプラント ☐ 不明 (要確認)
3. 該当する装着物がありますか？ (検査前に取り除く)	☐ 入れ歯 ☐ 補聴器 ☐ コンタクトレンズ ☐ 義眼 ☐ 義手 ☐ 義足
4. 今までに手術を受けたことがありますか？	☐ ない ☐ ある 具体的:
5. 手術で人工関節、人工骨頭が入っていますか？	☐ いいえ ☐ はい
6. 仕事などで体内に金属片が入っていますか？	☐ いいえ ☐ はい ☐ 不明
7. 血管内にステントやフィルターが入っていますか？	☐ いいえ ☐ はい ☐ 不明
8. 内視鏡で、ステントやクリップが入っていますか？(禁忌)	☐ いいえ ☐ はい ☐ 不明
- 1 いつされましたか？(2ヶ月以内)	年 月 日
9. 眉や身体に入れ墨(タトゥーを含む)を いれていますか？	☐ いいえ ☐ はい
- 1 入れ墨に対するMRIの危険性を了承した上で 検査を受けますか？	☐ はい ☐ いいえ
10. 狭いところで、息苦しくなるなどの経験が ありますか？	☐ ない ☐ ある ☐ 閉所恐怖症
11. 同じ姿勢を30～60分程度、静止することが できますか？	☐ できる ☐ できない ☐ 不明
12. (女性限定) 現在、妊娠の可能性は ありますか？	☐ ない ☐ ある ☐ 不明

《 同意署名欄 》

岩国市立美和病院 院長 殿

MRI検査の目的、必要性を依頼医より説明を受け、MRI検査説明書を読み
MRI検査の危険性について理解し、検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日

患者本人：署名(自署)

代理人(続柄) 代理人が署名する場合は、本人との関係を明記して下さい。

依頼医師： 丹羽 英彰

尚、本同意書は検査当日にご持参ください。

岩国市立美和病院

0827-96-1155

ID番号 0000099993

氏名 美和 花子

殿 生年月日 昭和 03年 03月 17日 生

MRI(磁気共鳴画像診断) 検査説明書

外来の方は、正面玄関近くにある自動再来受付機または受付窓口で受付をして下さい。
その際、「MRI予約票」の用紙を持って、予約時間の10分前までにお越しください。
入院の方は、お呼び出しするまで病室でお待ちください。検査の所要時間は約1時間ですが
急患などにより予約時間が多少ずれる場合がありますのでご了承ください。

1. 【 禁忌 】

心臓ペースメーカー、神経刺激装置、人工内耳などを装着されている方は検査できません。
また脳動脈クリップなどの安全が確認できない金属を装着されている方は検査ができません。

磁石式のインプラントは、磁力の消失または弱くなる可能性が非常に高いので、
磁力式のインプラントを装着されている方の検査は、当院では行っておりません。

磁石式ではないインプラントを装着されている方の検査は、可能です。

※ 検査前までに、インプラントの種類のご確認をお願いいたします。

2. 【 危険性があるもの 】

入れ墨(タトゥーを含む)の中には金属成分を含んでいるものがあり、
検査中、熱を発生し、火傷をおこすことや変色する可能性があります。
危険性があることを了承された上で、検査同意書に署名して下さい。

3. 【 検査前に取り外すもの 】

マスカラなどの目のメイクアップ用品やネイルアートには金属成分が含まれているものがあり
検査中、熱を発生し、火傷をおこすことがあります。

化粧を落としていただくこともありますので 検査当日、化粧は控えめにお願いします。

コンタクトレンズは、種類によって火傷を起こす物があります。当院ではコンタクトレンズを
はずして検査は行いますので、 検査当日はなるべく眼鏡でお越し下さい。

(コンタクト装着の場合、検査前に外して頂きます。御自分でケース・保存液等を御準備下さい。)

MRI検査は非常に強力な磁石を使用しますので、持ち物は検査前にロッカーに入れて頂きます。
金属のついた服を着用して検査はできませんので検査当日は 金属のない服装でお越し下さい。
ヒートテックなどの発熱素材を使用した衣類はお避け下さい。

また 湿布やエレキバンも外して頂きます。

また 入れ歯や補聴器も外して下さい。

4. 【 その他 】

胎児に対するMRI検査の安全性は確立されておりません。
原則妊娠中の方は検査をお受けになることができません。

検査について質問がある場合や御都合の悪くなられた時は下記まで御連絡下さい。

岩国市立美和病院

0827-96-1155

入院診療計画書(地域包括ケア病床)

(患者氏名) 美和 花子 様

2026/1/21 (水)

病 棟 (病室)	
主治医以外の担当者氏名	受け持ち看護師 薬剤師 管理栄養士 リハビリ
在宅復帰支援担当者名	
病 名 (他に考え得る病名)	
推定される入院期間	
リハビリの有無	☐ 有 ☐ 無
・看護計画 ・リハビリテーション等の計画	妥当と判断される場合、オンラインでの診療を行うこともあります(必要に応じ、対面診療に切り替えます)。
在宅復帰支援計画	

注1)病名等は、現時点で考えられるものであり、今後、検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2)入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) 丹羽 英彰 印

説明日: _____

(説明者サイン: _____)

(本人・家族) _____ (続柄: _____)

入院診療計画書

(患者氏名) 美和 花子

様

令和08年01月21日(水)

病棟(病室)				
主治医以外の担当者氏名	受け持ち 看護師	薬剤師	栄養士	リハビリ
病名 (他に考え得る病名)				
症状				
治療計画	妥当と判断される場合、オンラインでの診療を行うこともあります(必要に応じ、対面診療に切り替えます)。また、急性期治療が終わりましたら、リハビリなどのため、地域包括ケア病床(入院料が上がります)に転床となる場合があります。予め、ご了承ください。			
検査内容及び日程				
手術内容及び日程				
推定される入院期間				
特別な栄養管理の必要性	○ 有 ○ 無			
リハビリの有無	○ 有 ○ 無			
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション等の計画 ・退院に向けた支援計画	(サイン:)			

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後、検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
 注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) 丹羽 英彰

印

説明日

(患者・家族氏名)

(続柄:)

診療情報提供書

① 診療情報

令和08年01月21日(水)

紹介先医療機関名

御中

科

担当医

先生 机下

岩国市美和町渡前1383番地1

岩国市立 美和病院

TEL: 0827-96-1155

FAX: 0827-96-1157

丹羽 英彰

患者氏名	美和 花子 (女)
生年月日	昭和 03年 03月 17日 生 (97歳)

紹介目的	
病名	
既往	
内服薬	
アレルギー有無 ○ 有 ○ 無 ○ 不明	

0000099993

美和 花子

昭和 03年 03月 17日 生

② 診療情報 2枚目以降用

診 断 書

令和08年01月21日(水)

住所

患者氏名 ミナモト 美和 花子 殿
生年月日 昭和 03年 03月 17日 生
性別 女

上記の者について次の通り診断致します

病名

附記

〒740-1225
岩国市美和町渋前1383番地1
TEL 0827-96-1155
FAX 0827-96-1157
岩国市立美和病院

医師 丹羽 英彰 印

訪問看護指示書

訪問看護指示期間 (年 月 日 から 年 月 日) 点滴注射指示期間 (年 月 日 から 年 月 日)

患者氏名	美和 花子	生年月日	昭和 03年 03月 17日 生	97 歳
患者住所	電話			
主たる傷病名	傷病名コード 傷病名コード 傷病名コード			
現在の状況	病状・療 治状 態			
	投与中の 薬剤の用 法・容量			
	日常生活 自立度	寝たきり度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2	
		認知症の状況	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	
	要介護認定の状況	要支援	☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
	褥瘡の深さ	DESIGN分類	☐ D3 ☐ D4 ☐ D5 NPUAP分類 ☐ III度 ☐ IV度	
装着・使 用医療機 器等	☐ 1.自動腹膜灌流装置 ☐ 2.透析液供給装置 ☐ 3.酸素療法 (/min) ☐ 4.吸引器 ☐ 5.中心静脈栄養 ☐ 6.輸液ポンプ ☐ 7.経管栄養 (:チューブサイズ、 日に1回交換) ☐ 8.留置カテーテル (部位: サイズ、 日に1回交換) ☐ 9.人工呼吸器 (:設定) ☐ 10.気管カニューレ (サイズ) ☐ 11.人工肛門 ☐ 12.人工膀胱 ☐ 13.その他 ()			
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項				
II ☐ 1.リハビリテーション [理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護 1日あたり 分を週 回] ☐ 2.褥瘡の処置等 ☐ 3.装置・使用医療機器等の操作援助・管理 ☐ 4.その他				
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)				
緊急時の連絡先 0827-96-1155 不在時の対応法				
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、 <u>定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。</u>)				
他の訪問看護ステーションへの指示 ☐ 無 ☐ 有:指定訪問看護ステーション名 殿) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ☐ 無 ☐ 有:訪問介護事業所名 殿)				

上記のとおり、指示いたします。

日付を選択

殿

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名岩国市立美和病院
岩国市美和町洪前1383番地1
0827-96-1155
0827-96-1157
丹羽 英彰

印

特別訪問看護指示書

特別看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名 美和 花子	生年月日 昭和 03年 03月 17日 生 (97 歳)
病状・主訴：	
一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

令和08年01月21日(水)

医療機関名 岩国市立 美和病院
電 話 0827-96-1155
(FAX.) 0827-96-1157
医師氏名 丹羽 英彰

印

事業所

殿

(別紙様式9)

生活習慣病療養計画書初回用

記入日：令和08年01月21日(水)

0000099993患者氏名：美和花子(女)		主病：	
生年月日：昭和03年03月17日生(97歳)		☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症	
ねらい：検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
検査・問診	【検査項目】 ☐身長(156cm) ☐体重現在(75kg)→目標(53.54kg) ☐BMI(30.82) ☐腹囲現在(cm)→目標(cm) ☐栄養状態(☐低栄養状態の恐れ☐良好☐肥満) ☐収縮期/拡張期血圧現在(/mmHg)→目標(/mmHg) ☐運動負荷心電図 ☐その他		【血液検査項目】(採血日年月日) ☐血糖(☐空腹時☐随時☐食後()時間) (mg/dl) ☐HbA1c現在(%)→目標(%) ☐総コレステロール(mg/dl) ☐中性脂肪(mg/dl) ☐HDLコレステロール(mg/dl) ☐LDLコレステロール(mg/dl) ☐その他
	【問診】☐食事の状況☐運動の状況☐たばこ☐歯科の受診状況☐その他の生活 【①達成目標】：患者と相談した目標 【②行動目標】：患者と相談した目標 医師氏名(印)		
重点を置く領域と指導項目	☐ 食事	☐食事の摂取量を適正にする☐食塩・調味料を控える ☐野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす☐外食の際の注意事項() ☐油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす☐その他() ☐節酒：[減らす(種類・量：)]を週()回 ☐間食：[減らす(種類・量：)]を週()回 ☐食べ方：(☐ゆっくり食べる☐その他()) ☐食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	☐ 運動	☐運動処方：種類(☐ウォーキング) 時間(☐30分以上)、頻度(☐ほぼ毎日☐週()日) 強度(☐息がはずむが会話が可能な強さor☐脈拍()拍/分or()) ☐日常生活の活動量増加(例：1日1万歩・()) ☐運動時の注意事項など()	
	☐ たばこ	☐非喫煙者である ☐禁煙・節煙の有効性☐禁煙の実施方法等	
	☐ その他	☐仕事☐余暇☐睡眠の確保(質・量)☐減量 ☐家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) ☐その他()	
【服薬指導】		☐ 処方なし ☐ 薬の説明	
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			

※実施項目は、☐にチェック、()内には具体的に記入

患者署名

医師氏名丹羽英彰(印)

0000099993患者氏名： 美和 花子 (女)		主病：	
生年月日： 昭和 03年 03月 17日 生 (97歳)		☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症	
ねらい： 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること			
検査・問診	【検査項目】 ☐ 体重 現在 (75 kg) → 目標 (53.54 kg) ☐ BMI (30.82) ☐ 腹囲 現在 () cm → 目標 () cm ☐ 栄養状態 (☐ 低栄養状態の恐れ ☐ 良好 ☐ 肥満) ☐ 収縮期/拡張期血圧 現在 (/ mmHg) → 目標 (/ mmHg) ☐ 運動負荷心電図 ☐ その他	【血液検査項目】 (採血日 年 月 日) ☐ 血糖 (☐ 空腹時 ☐ 随時 ☐ 食後 () 時間) (mg/dl) ☐ HbA1c 現在 (%) → 目標 (%) ☐ 総コレステロール (mg/dl) ☐ 中性脂肪 (mg/dl) ☐ HDLコレステロール (mg/dl) ☐ LDLコレステロール (mg/dl) ☐ その他	
	【目標の達成状況と次の目標】 ：患者と相談した目標 【①達成目標】 ：患者と相談した目標 [] 【②行動目標】 ：患者と相談した目標 [] 医師氏名 (印)		
重点を置く領域と指導項目	☐ 食事	☐ 今回は、指導の必要なし ☐ 食事の摂取量を適正にする ☐ 食塩・調味料を控える ☐ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☐ 外食の際の注意事項 () ☐ 油を使った料理 (揚げ物や炒め物等) の摂取を減らす ☐ その他 () ☐ 節酒：〔減らす(種類・量：)を週 回〕 ☐ 間食：〔減らす(種類・量：)を週 回〕 ☐ 食べ方： (☐ ゆっくり食べる ☐ その他 ()) ☐ 食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	☐ 運動	☐ 今回は、指導の必要なし ☐ 運動処方：種類 (☐ ウォーキング)、頻度 (☐ ほほ毎日 ☐ 週 日) 時間 (☐ 30分以上) 強度 (☐ 息がはずむが会話が可能な強さ or ☐ 脈拍 拍/分 or) ☐ 日常生活の活動量増加 (例：1日1万歩・) ☐ 運動時の注意事項など ()	
	☐ たばこ	☐ 禁煙・節煙の有効性 ☐ 禁煙の実施方法等	
	☐ その他	☐ 仕事 ☐ 余暇 ☐ 睡眠の確保 (質・量) ☐ 減量 ☐ 家庭での計測 (歩数、体重、血圧、腹囲等) ☐ その他 ()	
【服薬指導】 ☐ 処方なし ☐ 薬の説明			
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			

※実施項目は、□にチェック、() 内には具体的に記入

患者署名

医師氏名 丹羽 英彰 (印)

☐ 患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
(なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない)