

当院の在宅医療について

当院では、在宅医療を行っています。

定期的な診療が始まっていない状況での緊急往診は、ご相談下さい。

在宅医療とは

医師と看護師が患者の方々のご自宅に訪問して、診察・検査・治療を行います。様々な疾患のために通院が困難な方々に対して、定期的な訪問診療と往診、各種医療関係や介護サービスとの連携により、全身状態の維持・向上に努めます。

※「全身状態とは、無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえることをいいます。

訪問内容について

在宅医療では患者の方々の状態に応じて、血圧測定・採血などの検査や注射・点滴・投薬などの治療を行うことができます。 ※当院では、超音波(エコー)検査も行えます。

対象となる患者の方々

寝たきり状態・医師の管理が必要な医療機器を使用中・病状により自宅療養を望まれる方などが対象です。例として、脳梗塞後遺症・神経筋疾患・認知症による通院困難・重度の心不全・末期癌・在宅ターミナルケアなどがあります。詳しくは当院までお尋ね下さい。

在宅医療と往診の違い

在宅医療: 担当医師がご自宅を定期的(2週間に1回、4週間に1回、病状により毎週)に訪問し、診療、治療、薬の処方、療養上の相談、指導等を行います。

往診: 突発的な病状の悪化や状態変化に対して、訪問診療時間外においてもご自宅に伺って診察を行います。

24時間対応の緊急時連絡体制

当院において在宅診療を受けている患者の方々には、「緊急連絡先」を記した書類をお渡ししています。病状の急変時や緊急時に24時間体制で連絡対応しています。ただし、下記のような状況において電話のみの対応になること、当方の指示のもとに患者の方々ご自身(ご家族)で緊急病院等へ受診していただく場合もあります。

往診が不可能な場合

- ・明らかに他科疾患(大腿骨頸部骨折など)で専門医の診察が必要な場合
- ・一刻を争う状況(意識障害・大量出血など)
- ・他軒訪問診療中で、早急な往診が不可能なとき、等

※医師が在宅医療を依頼する場合には、診療情報提供書をご使用下さい。

在宅医療依頼書 FAX 0949-62-7835	ご依頼者氏名							
	ご関係	看護師・ケアマネージャー・ご家族・その他						
	ご連絡先							
患者氏名	男・女							
ご住所								
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月	日	歳		
要介護度	非該当・未申請・申請中・要支援（1・2）			要介護（1・2・3・4・5）				
現在の療養状況	1, 在宅療養中（かかりつけ医院： _____） 2, 入院中（病院名： _____ 退院予定日 月 日頃） 3, 施設入居中（施設名称： _____）							
ケアマネージャー	施設名	TEL . . .			担当			
訪問介護	利用中・未利用・調整中（施設名			TEL . . .）				
診断名・経緯							問題点・前段階準備 <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養（胃ろう） <input type="checkbox"/> 気道管理（吸引等） <input type="checkbox"/> 排泄（おむつ等） <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> その他	
患者状況（現状・経過・治療内容・予後・告知の有無等）								
ご本人・ご家族の要望								
導入予定サービス： 訪問看護・ディサービス・訪問入浴・ヘルパー・訪問リハビリ								
現在のサービス： 訪問看護・ディサービス・訪問入浴・ヘルパー・訪問リハビリ								
	月	火	水	木	金	土	日	
午前								
午後								
備考								
加来医院 鞍手郡小竹町勝野3547-2 TEL：0949-62-0055 FAX：0949-62-7835								

※在宅でのターミナルケアをご希望の方は、下記の情報も併せてご送付下さい。

FAX 0949-62-7835	ターミナルケア用 在宅医療依頼書	
	患者ご本人	患者ご家族
【病状説明・告知】 ①進行状況 ②予後 ③急変時の対応	「ホスピス・看取り」についての説明 有・無	「ホスピス・看取り」についての説明 有・無
【受け止め・理解】 ①疾患・予後に関して ②病院指導内容に対して		
【在宅への不安・要望】 ①点滴等医療処置について ②急変時の対応 ③看取りについて ④在宅での希望		
【その他】 ※現在使用している医療器具や必要物品に当てはまる物を記入して下さい。 ①点滴等医療処置について ②急変時の対応 ③看取りについて ④在宅での希望		【その他】