

同意書兼契約書

平成 年 月 日

別紙内容の説明を受けた上で、内容に同意し訪問診療を希望いたします。

請求書等送付先 ご住所	
本人署名 (代筆可)	印
保証人氏名	
保証人住所 電話番号	TEL
連帯保証人氏名 電話番号	TEL
緊急連絡先 (氏名・電話)	① TEL (続柄)
	② TEL (続柄)
緊急時の受け入れ 先医療機関	①
	②
訪問先	① <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 同居・別居
	② <input type="checkbox"/> 入居施設名：
訪問看護の必要が生じた場合利用しますか？	① <input type="checkbox"/> 利用します ② <input type="checkbox"/> 利用しません
希望する訪問ステーション名	<input type="checkbox"/> 特になし
担当のケアマネジャー	名前：
	事業所名： TEL

※訪問診療は月に2回を基本としています。体調がすぐれない場合は、それ以上行うこともあります。

※病状やご本人の検査結果等については、ご本人と契約された連携医療機関（入院の際）、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などに情報提供致します。当クリニックが使用するSECOM電子カルテシステムはクラウドコンピュータに患者様の医療情報を保管しております。

※個人情報を防ぐためのセキュリティシステムを確立しておりますのでご理解下さい。

医療法人沖縄聖蹟会 ライフケアクリニック那覇

代表者：院長 長嶺 勝

住 所：沖縄県那覇市泉崎2丁目3番8号 ロイヤルハイツ泉崎4階

代表番号：TEL 098-832-1721 Fax 098-832-1723

緊急連絡先：医師 [- -] 看護師 [- -]

リビングウィル（終末期・緊急時の希望同意書）

私が、病院に搬送された時、この書類（写し）を病院に提出してください。

私が病気或るいは外傷により、自分で物事を判断出来なくなった時、医療機関での処置は、この同意書で対応してください。私が自分で判断できるときは、この同意書は効力を有しません。

緊急の場合は、以下の家族へ連絡してください。連絡がつかない時は、この同意書を尊重し、これに基づき対応してください。（私の意思を私の同意なしに変更しないでください）

希望の項目に☑をしてください。

1. 治療について 治療については病院におまかせします
 治療については下記の希望のとおりです。
2. 基本的な希望
 - ①痛みや苦痛について できるだけ抑えてほしい（必要なら鎮静剤を使ってよい）
 自然のまままでいたい
 - ②終末期を迎えたい場所 病院 自宅 施設 病状に応じて
3. 終末期になったときの希望
 - ①心臓マッサージなどの心肺蘇生 して欲しい して欲しくない
 - ②延命のための人工呼吸器 つけて欲しい つけて欲しくない
 - ③抗生物質の強力な使用 使って欲しい 使って欲しくない
 - ④胃ろう（流動食を腹部から胃に直接通したチューブ）による栄養補給
 して欲しい して欲しくない
 - ⑤鼻チューブによる栄養補給 して欲しい して欲しくない
 - ⑥点滴による水分の補給 して欲しい して欲しくない
4. 急変時（心停止・呼吸停止）の病院への搬送 して欲しい して欲しくない
5. 病気についてすべてを知りたい 知りたい 知りたくない
6. その他の希望・要望があれば自由にご記入ください。

*上記の内容（同意書）は、変更や取り消しすることが可能ですので、いつでも申し付けてください。

平成 年 月 日

本人氏名 印

住所

家族氏名 印 続柄（ ）

連絡先

家族氏名 印 続柄（ ）

連絡先

医療法人沖縄聖蹟会 ライフケアクリニック那覇

医師署名 印

看護師署名 印

訪 問 診 療 (依 頼 書)

平成 年 月 日

訪問診療を受ける方の氏名： _____ (男・女)

生年月日： T S H 年 月 日 (歳)

住所： _____ TEL番号： _____

現在通院または入院している病院： _____

現在行っている処置など：○でチェックしてください

気管カニューレ 胃瘻 経鼻カテーテル Fr管理 膀胱洗浄 人工呼吸器 酸素吸入
BIPAP 吸引 点滴 IVHポート ターミナル (終末期) その他

紹介者：○でチェックしてください。

ケアマネジャー 相談員 (ソーシャルワーカー) 訪問看護ステーション 医師 家族

紹介者の事業所名及び病院名： _____ TEL番号： _____

担当者名 _____

訪問診療で見てもらいたいことや困っている事があればご自由に記載してください。

*訪問診療 (依頼書) は、FAX (098) 832-1723 または、
メール info@lifecare-clinic.jp へ送付してください。

医療法人沖縄聖蹟会 ライフケアクリニック那覇
沖縄県那覇市泉崎2丁目3番8号 ロイヤルハイツ泉崎4階
TEL:098-832-1721

院長 長嶺 勝
看護師 座波 礼子