**難病療養支援計画策定評価会議資料**　新規・継続（　回目）

様式－ク

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日（　）　　提案者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地区名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **対象者氏名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女） | **生年月日** | 年　月　日　　歳 |
| **病　名****（合併症）** | 　　　　　　　　　　　　　発症　　　　年　月　　　　　　　　　　　　　　　　診断　　　　年　月 | **身障手帳** | **介護保険** |
| 　　　　　級 | 要介護 |
| **ケースの****状況と課題** | ADL　　　（歩行　つかまり立ち　座位　寝返り　寝たきり）特定症状 （呼吸障害　嚥下障害　排尿障害　構音障害　その他　　　　　　　　　　　　　　）医療処置　（吸引　吸入　経管栄養（胃瘻　経鼻）　気管切開　膀胱留置カテーテル　　　　　　　酸素吸入　人工呼吸器【TIPPV（気管切開下人工換気）NPPV（非侵襲的陽圧人工換気）　　　　　　　　　　　】 |
| **経過** |  | **家族背景（ジェノグラム）** |
| **ケア体制****（関係者）** | 医　　療 | 専門医　 | 地域主治医　 |
| ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ |  |
| 訪問看護ステーション |  |  |  |
| ヘルパー |  |  |  |
| その他 |  |
| **週間予定** | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 不定期 |  |
| **ケア体制の****課題** |  |
| **備考** |  |