**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** |  | | | | | | | | | | | | | |