

# (別紙) 在宅療養者新型コロナウイルス感染症個別対応票

## 感染症蔓延期の備え

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 朝夕の検温と健康状態の把握、栄養や睡眠の確保             |  |
| 感染拡大時の訪問・通所等介護サービスの見直しを図る（頻度を控えめに） |  |
| 電話相談を積極的に活用                        |  |
| 家族の感染対策（三密を避ける、マスク、手洗い、不要の外出控え 等）  |  |

氏名 \_\_\_\_\_ 歳 男・女

## 医療・介護サービスの調整

|         | 現在の利用頻度/月 | 最低限必要頻度/月 |
|---------|-----------|-----------|
| 通所介護    |           |           |
| 通所リハビリ  |           |           |
| 訪問介護    |           |           |
| 訪問看護    |           |           |
| 訪問リハビリ  |           |           |
| 小規模多機能  |           |           |
| 随時対応型   |           |           |
| 短期入所    |           |           |
| 訪問診療    |           |           |
| 訪問マッサージ |           |           |

## 各担当連絡先

|            | 氏名（事業所名） | 連絡先 |
|------------|----------|-----|
| 主たる家族介護者   |          |     |
| ケアマネジャー    |          |     |
| 主治医（訪問）    |          |     |
| 主治医（病院）    |          |     |
| 訪問看護師（主）   |          |     |
| 訪問介護員（主）   |          |     |
| 地域包括支援センター |          |     |
| 他          |          |     |

## 事前指示

|             |         |            |        |
|-------------|---------|------------|--------|
| 本人が感染した場合   | 入院      | 在宅         | ⇒ 原則入院 |
| 同居家族が感染した場合 | 入院（ 病院） | 在宅         |        |
| 人工呼吸        | 行う      | 行わない       |        |
| ECMO（人工心肺）  | 行う      | 行わない       |        |
| 気管切開        | 行う      | 行わない       |        |
| 延命治療全般      | 行う      | 行わない       |        |
| 医療的判断を委ねたい人 |         | （続柄 _____） |        |



|         |                      |
|---------|----------------------|
| 聴取者     |                      |
| 記入者（自署） | （続柄 _____）           |
| 記入日     | _____年 _____月 _____日 |