

看取り介護計画書 (様)

計画日	平成 年 月 日 () 記録者:
話し合い参加者	
ご家族などの連絡先	① 氏名: 続柄: Tel ② 氏名: 続柄: Tel ③ 氏名: 続柄: Tel
医師の診断	
本人やご家族などの希望	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事、水分を充分に取ることができなくなった場合、無理に介助することなく、ご本人のペースで援助させていただきます。 ・ 吐血、嘔吐など、急性期症状を発症した場合は、救急搬送させていただきます。 ・ 疼痛が緩和されない場合は、協力医療機関などに入院いただく場合がございます。 ・ 息をしていないなど、ホームから連絡がありましたら、ご家族は速やかにホームにお越しください。お付き添いをお願いします。(深夜の場合もございます。) ・ 夜間や祝祭日など、主治医がホームに来られない場合があります。そのため、死亡確認が翌朝などになる場合がございます。(死後の処置は、死亡確認後になります。) ・ 主治医がホームに来られない場合は、協力医療機関などへ救急搬送する場合がございます。その際は、本計画書を医療機関などに情報提供いたします。なお、監察医による検死が入ることがあります。

看取り介護計画に同意いたします。

平成 年 月 日

入居者氏名 _____ 印(署名代行: _____ 続柄: _____)

ご家族氏名 _____ 印(続柄: _____)

_____ 印(続柄: _____)