

北九州市医師会かかりつけ医介護情報共有化宣言

～患者・介護者用チェックシート Ver.1～

患者様ご自身あるいはご家族の立場から、以下の事項が、満足できる状態であるとお考えの場合は にレの印をつけて下さい。

麻痺・痛み・息切れなど病気による症状により、自宅での生活の何が出来なくなっているか主治医は聞いてくれましたか？

病気について、わからないことを気軽に主治医に質問できますか？

主治医は介護の方法について指導してくれますか？

ケアプランについて、ケアマネジャーから説明を受けましたか？

ケアプランどおりにサービスが行なわれていますか？

ヘルパーは親切ですか？

介護費用の自己負担について、理解していますか？

自宅で療養する上での不安や心配は解決していますか？

高齢者の状況に変化がないか？介護が上手くいっているか？

などケアマネジャーは点検に来ますか？

その他不安な点や不明な点は何でも、遠慮なく主治医にお尋ねください。介護サービスの質の確保のために、問題解決を図ります。

患者名：(_____)

介護サービス事業者名： 1 . _____
(わかる範囲で結構です) 2 . _____
3 . _____

記入年月日：平成 年 月 日

医療機関名： _____

