様式－オ－１

「担当地域における在宅難病療養者リスト」　　年　　月　現在

担当地域		氏名	

A. 担当地域の概況

※担当地域の人口、面積、療養者数

地区名 ＿＿＿＿＿＿
人　口 ＿＿＿＿＿＿人
面　積 ＿＿＿＿＿＿Km^2

療養者数　ALS ＿＿人
MSA ＿＿人
PD ＿＿人

※1；　1. 20歳未満、 2. 20～40歳未満、 3. 40～65歳未満、 4. 65歳以上
※2；　1. 自立、 2. 一部介助、 3. 全面介助
※3；　11.要支援1、 12.要支援2、 1～5.要介護は介護度1～5、 0.なし、 空白.不明
※4；　級を入力、　0.なし、　空白.不明
※5；　支援区分を入力、　0. なし、　空白、不明

B. 担当地域における在宅難病療養者の現況（身体状況と医療サービスの確保状況）

番号	住所	氏名	病名	年齢	ADL	医療処置管理					特定症状の有無					神経内科専門医療機関	かかりつけ主治医	緊急時の入院機関	訪問看護ステーション	介護保険（介護度）※3	4 身体障害者手帳（級）※	障害支援区分※5	障害者総合支援法による居宅介護	備考	支援管理区分※6
				※1	※2	1. 有、 0. 無					1. 有、 0. 無					機関名・なしは0・不明は空白	機関名・なしは0・不明は空白	機関名・なしは0・不明は空白	機関名・なしは0・不明は空白				1.有 0.無		
						人工呼吸器	気管切開	吸引	経管栄養	その他	呼吸障害	嚥下障害	構音障害	排尿障害	自律神経障害										
例1	A市B町C丁目	△△ △	ALS	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	B大学病院	Aクリニック	B大学病院	Aステーション Bステーション	5	1	6	1	妻の介護負担が大	
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									

「訪問看護ステーションの概況」　　年　　月　現在

様式－オ－２

担当地域		氏名	

全訪問看護ステーション数	0件

番号	(1)訪問看護ステーション(名称)	(2)所在地	(3)電話番号	(4)看護師の常勤換算(人)	(5)24時間連絡・対応体制加算の届出の有無 1.連絡加算あり 2.対応加算あり 0.なし	(6)ALS患者の訪問看護実績の有無 1.あり 0.なし	(7)人工呼吸器使用患者(NPPV、TPPV含む)の訪問看護実績の有無 1.あり	(8)ALS患者の今後の受け入れ 1.検討可 2.可能 0.不可能	(9)重心児の今後の受け入れ 1.検討可 2.可能 0.不可能
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

「難病療養者に関わる医療資源の概況と医療サービス確保状況の評価」　　年　　月　現在

様式－オ－３

担当地域		氏名	

＊A:確保できている　B:概ね確保できている　C:あまり確保できていない　D:確保できていない

項目		レベル *印参照	評価	課題
専門診療の確保				
日常診療の確保				
急変時の入院確保				
レスパイトケアの確保	入院･入所 その他			
訪問看護の確保	定期			
	緊急時			
総合評価および優先すべき課題				