

様の^{どっつ}DOTS(服薬支援)計画書

結核を治すためには、決められた期間、薬を飲むことが必要です。
結核の治療が終わるまで、保健福祉センターが服薬支援をします。



1. 服薬支援場所

- (1) 自宅 (2) 保健福祉センター(区役所)
(3) 薬局 (4) 医療機関外来 (5) 学校 (6) 職場
(7) その他 ()

(頻度)

- (1) 1週間に _____ 回
(2) その他
(_____ に _____ 回)

2. 服薬支援者

- (1) 委託事業者 (2) 保健師 (3) あなたの家族 ()
(4) 学校職員 (5) 職場スタッフ (6) その他 ()

3. 次の場合は「※担当保健師」へ連絡してください

- (1) 退院した時 (2) 入院・施設入所・転居・帰国などで^{どっつ}DOTSができない時
(3) 新型コロナウイルス感染症の陽性者又は濃厚接触者になった時

4. 連絡内容

- (1) 服薬手帳と、薬を飲んだ後の空きがらを持ってきてください。
(2) 次回の約束日時 (YY/MM/DD / /)

5. 連絡先

- (1) 大阪市 _____ 区保健福祉センター(_____ 区役所 階 番) (2) 大阪市保健所
※担当保健師 () 電話: _____ - _____ - _____
今日 (MM/DD ____/____) あなたと話したのは () です。

6. 個人情報の取り扱い

^{どっつ}DOTSに必要なあなたの個人情報を、^{どっつ}DOTSを行うすべての服薬支援者と必要時情報共有します。
あなたの個人情報を、結核治療以外の目的には使用しません。

私は、^{どっつ}DOTSの説明を聞きました。

(あなた または代理人の署名)

(YY/MM/DD ____年 ____月 ____日)

(代理人の場合、続柄を記入)

名前

()

様の^{どっつ}DOTS(服薬支援)計画書
(登録番号: _____)

結核を治すためには、決められた期間、薬を飲むことが必要です。
結核の治療が終わるまで、保健福祉センターが服薬支援をします。



1. 服薬支援場所

- (1) 自宅 (2) 保健福祉センター(区役所)
(3) 薬局 (4) 医療機関外来 (5) 学校 (6) 職場
(7) その他 (_____)

(頻度)

- (1) 1週間に _____ 回
(2) その他
(_____ に _____ 回)

2. 服薬支援者

- (1) 委託事業者 (2) 保健師 (3) あなたの家族 (_____)
(4) 学校職員 (5) 職場スタッフ (6) その他 (_____)

3. 次の場合は「※担当保健師」へ連絡してください

- (1) 退院した時 (2) 入院・施設入所・転居・帰国などで^{どっつ}DOTSができない時
(3) 新型コロナウイルス感染症の陽性者又は濃厚接触者になった時

4. 連絡内容

- (1) 服薬手帳と、薬を飲んだ後の空きがらを持ってきてください。
(2) 次回の約束日時 (YY/MM/DD _____ / _____ / _____)

5. 連絡先

- (1) 大阪市 _____ 区保健福祉センター(_____ 区役所 _____ 階 _____ 番) (2) 大阪市保健所
※担当保健師 (_____) 電話: _____ - _____ - _____
今日 (MM/DD _____ / _____) あなたと話したのは (_____) です。

6. 個人情報の取り扱い

^{どっつ}DOTSに必要なあなたの個人情報を、^{どっつ}DOTSを行うすべての服薬支援者と必要時情報共有します。
あなたの個人情報を、結核治療以外の目的には使用しません。

私は、^{どっつ}DOTSの説明を聞きました。

(あなた または代理人の署名)

(YY/MM/DD _____ 年 _____ 月 _____ 日)

(代理人の場合、続柄を記入)

名前

(_____)

様の^{どっつ}DOTS(服薬支援)計画書
(登録番号: _____)

結核を治すためには、決められた期間、薬を飲むことが必要です。
結核の治療が終わるまで、保健福祉センターが服薬支援をします。



1. 服薬支援場所

- (1) 自宅 (2) 保健福祉センター(区役所)
(3) 薬局 (4) 医療機関外来 (5) 学校 (6) 職場
(7) その他 (_____)

(頻度)

- (1) 1週間に _____ 回
(2) その他
(_____ に _____ 回)

2. 服薬支援者

- (1) 委託事業者 (2) 保健師 (3) あなたの家族 (_____)
(4) 学校職員 (5) 職場スタッフ (6) その他 (_____)

3. 次の場合は「※担当保健師」へ連絡してください

- (1) 退院した時 (2) 入院・施設入所・転居・帰国などで^{どっつ}DOTSができない時
(3) 新型コロナウイルス感染症の陽性者又は濃厚接触者になった時

4. 連絡内容

- (1) 服薬手帳と、薬を飲んだ後の空きがらを持ってきてください。
(2) 次回の約束日時 (YY/MM/DD _____ / _____ / _____)

5. 連絡先

- (1) 大阪市 _____ 区保健福祉センター(_____ 区役所 _____ 階 _____ 番) (2) 大阪市保健所
※担当保健師 (_____) 電話: _____ - _____ - _____
今日 (MM/DD _____ / _____) あなたと話したのは (_____) です。

6. 個人情報の取り扱い

^{どっつ}DOTSに必要なあなたの個人情報を、^{どっつ}DOTSを行うすべての服薬支援者と必要時情報共有します。
あなたの個人情報を、結核治療以外の目的には使用しません。

私は、^{どっつ}DOTSの説明を聞きました。

(あなた または代理人の署名)

(YY/MM/DD _____ 年 _____ 月 _____ 日)

(代理人の場合、続柄を記入)

名前

(_____)

様の^{どっつ}DOTS(服薬支援)計画書

結核を治すためには、決められた期間、薬を飲むことが必要です。
結核の治療が終わるまで、保健福祉センターが服薬支援をします。



1. 服薬支援場所

- (1) 自宅 (2) 保健福祉センター(区役所)
(3) 薬局 (4) 医療機関外来 (5) 学校 (6) 職場
(7) その他 ()

(頻度)

- (1) 1週間に _____ 回
(2) その他
(_____ に _____ 回)

2. 服薬支援者

- (1) 委託事業者 (2) 保健師 (3) あなたの家族 ()
(4) 学校職員 (5) 職場スタッフ (6) その他 ()

3. 連絡内容

- 地域 DOTS の同意 (有・無) ●地域 DOTS の受け入れ (良・不良)
●本人への説明
□退院後の服薬支援 (地域 DOTS の説明) □治療 (治療の徹底と中断防止) □喀痰検査の必要性
□薬剤 (副作用等) □接触者健診 □療養上の問題 □就労・就学 □地域資源の活用
●病院への依頼・連絡事項
□次回 _____ 月の DOTS カンファレンスで治療期間等をお教えてください
□治療期間の理解 (有・無) □退院日が決まりましたらご連絡ください □その他 ()

4. 連絡先

(1) 大阪市 _____ 区保健福祉センター(_____ 区役所 階 番) (2) 大阪市保健所

※担当保健師 () 電話: _____ - _____ - _____

今日 (MM/DD ____/____) あなたと話したのは () です。

5. 個人情報の取り扱い

^{どっつ}DOTSに必要なあなたの個人情報を、^{どっつ}DOTSを行うすべての服薬支援者と必要時情報共有します。
あなたの個人情報を、結核治療以外の目的には使用しません。

私は、^{どっつ}DOTSの説明を聞きました。

(あなた または代理人の署名)

(YY/MM/DD _____ 年 _____ 月 _____ 日)

名前

(代理人の場合、続柄を記入)

()

