

情報シート 緩和ケアを希望される患者さんについて、下記の情報をお知らせ下さい

患者氏名	フリガナ	住所	
生年月日	年 月 日 歳 男女	TEL	
関係医療機関	① ②		
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 通院() <input type="checkbox"/> 訪問診療() <input type="checkbox"/> 訪問看護() <input type="checkbox"/> CM()		
保険福祉	医療保険: 介護保険: 申請 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 要介護 要支援		
病名転移等			
治療	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> その他:		
身体症状	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> その他: 具体的な状態:		
医療行為	<input type="checkbox"/> 酸素 L <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養() <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他:		
身体活動状態	全般: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、軽い労働は可能 <input type="checkbox"/> 時々介助が必要、1日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、1日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 常に介助が必要で、終日臥床している 歩行: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 伝い歩き 移動: <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他: 排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル 食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不能 内容・量 () 意思疎通: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> かろうじて可能 <input type="checkbox"/> 不能 手段()		
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他:		
告知・病状説明	<本人> 病名告知 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 予後告知 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済いつ、どのように: <家族> 病名告知 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 予後告知 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済いつ、どのように:		
緩和ケアについて	<本人> <input type="checkbox"/> () から説明を受けた <input type="checkbox"/> 概ね理解している <input type="checkbox"/> 理解していない<家族> <input type="checkbox"/> () から説明を受けた <input type="checkbox"/> 概ね理解している <input type="checkbox"/> 理解していない		

入棟希望 動機	<input type="checkbox"/> 医師の勧め <input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> その他：
本人・家族 の思い(希 望・心配事 等)	<本人>
	<家族>
生活状況	家族構成 その他(仕事 趣味・活動 介護状況 住環境等) <div style="border: 1px solid green; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> 例：会社員 休職中。 妻50歳 高1息子と 3人家族・・・ </div>
キーパーソ ン	氏名 患者さんとの関係 TEL
今後につい て	<input type="checkbox"/> がんの治療を継続する <input type="checkbox"/> 現在の病院へ外来通院する <input type="checkbox"/> 現在入院している病院で緩和ケア病棟への転院を待つ <input type="checkbox"/> 他院へ転院する <input type="checkbox"/> 退院して自宅で過ごす <input type="checkbox"/> 訪問診療・看護を導入する <input type="checkbox"/> 介護サービスを導入する <input type="checkbox"/> できる限り早く緩和ケア病棟へ入院したい <input type="checkbox"/> しばらくは在宅で過ごし、状況により緩和ケア病棟へ入院したい <input type="checkbox"/> できる限り入院せず在宅で過ごしたい <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟で苦痛を緩和できたら自宅に戻りたい <input type="checkbox"/> その他：
記入者	所属 氏名 記入日 年 月 日 (DR NS MSW CM その他)

公立阿伎留医療センター 地域連携センター

TEL 042-558-0321 FAX 042-550-5190