

緩和ケア依頼事前情報書

医療法人にゅうわ会 及川病院 医療連携相談室 行

(送信先 FAX : 092-522-6244)

<p>患者氏名： (男・女)</p> <p>生年月日： 年 月 日 (歳)</p> <p>キーパーツ： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(氏名： 続柄：)</p> <p>付き添い： <input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>不可</p> <p>【紹介目的・経緯】 <input type="checkbox"/>入院 <input type="checkbox"/>入院予約 <input type="checkbox"/>外来通院 <input type="checkbox"/>治療効果が期待できなくなった <input type="checkbox"/>本人希望 <input type="checkbox"/>家族希望 <input type="checkbox"/>末期状態となった <input type="checkbox"/>症状コントロールのため <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>【紹介元への通院の有無】 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり：頻度 (に 回程度)</p> <p>【(在宅療養中) 紹介元で緊急時の受け入れについて】 <input type="checkbox"/>可能 <input type="checkbox"/>不可 <input type="checkbox"/>相談後検討 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>【告知の有無、本人の理解度について】 [説明した時期] R 年 月 頃 [病名・悪性] <input type="checkbox"/>告知 <input type="checkbox"/>未告知(理由：) <input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>気づいているだろう <input type="checkbox"/>全く知らない <input type="checkbox"/>認識不能 <input type="checkbox"/>不明 [予後・余命] <input type="checkbox"/>告知 <input type="checkbox"/>未告知(家族： <input type="checkbox"/>告知 <input type="checkbox"/>未告知) <input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>気づいているだろう <input type="checkbox"/>全く知らない <input type="checkbox"/>認識不能 <input type="checkbox"/>不明 [緩和ケア転院] <input type="checkbox"/>本人へ説明済み <input type="checkbox"/>未説明 <input type="checkbox"/>積極的 <input type="checkbox"/>消極的 <input type="checkbox"/>拒否 <input type="checkbox"/>全く知らない <input type="checkbox"/>認識不能 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>(家族に対して) [説明した時期] R 年 月 頃 誰に対して行ったか () <input type="checkbox"/>未告知 (理由：) <input type="checkbox"/>病名のみ <input type="checkbox"/>転移を含め現状 <input type="checkbox"/>予後・余命</p> <p>【臨床的な予後予測について】 <input type="checkbox"/>6 か月以上 <input type="checkbox"/>3 か月以上 <input type="checkbox"/>2 か月程度 <input type="checkbox"/>1 か月程度 <input type="checkbox"/>2 週間程度 <input type="checkbox"/>1 週間以内 <input type="checkbox"/>急変あり()</p> <p>【コミュニケーション】 <input type="checkbox"/>会話 <input type="checkbox"/>筆談 <input type="checkbox"/>手話 <input type="checkbox"/>文字盤など <input type="checkbox"/>難聴 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>意味明瞭、複雑な表現が可能 <input type="checkbox"/>意思明瞭だが単純な表現のみ <input type="checkbox"/>時々つじつまが合わない/傾眠 <input type="checkbox"/>全くコミュニケーションが取れない</p> <p>【医療処置・ケア】 ドレーン <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部位：) 尿道カテーテル <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 気管カニューレ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 点滴 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (<input type="checkbox"/>末梢 <input type="checkbox"/>CV <input type="checkbox"/>ポート) <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/>持続 酸素投与 (<input type="checkbox"/>リットル/分) <input type="checkbox"/>カニューレ <input type="checkbox"/>マスク 吸引 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(回/)</p>	<p>家族構成</p> <p>【現在の症状について】 全身状態(PS) <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 疼痛 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部位：) ※鎮痛薬など() しびれ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部位：) 呼吸困難 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 咳・痰 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 食欲不振 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 全身倦怠感 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 浮腫 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部位：) 胸水 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 腹水 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 褥瘡 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部位：) ※マットの種類() 便秘 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(排便間隔： 日) 発熱 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(°C) その他症状 ()</p> <p>【ADL について】 移動 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>歩行 <input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>車いす <input type="checkbox"/>ストレッチャー 食事 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 ※食欲 (<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり) 食事内容 <input type="checkbox"/>普通食 <input type="checkbox"/>お粥(分粥) <input type="checkbox"/>きざみ <input type="checkbox"/>とろみ食 <input type="checkbox"/>ミキサー食 <input type="checkbox"/>流動食 <input type="checkbox"/>絶飲食 <input type="checkbox"/>経管栄養(<input type="checkbox"/>経鼻 <input type="checkbox"/>胃ろう) <input type="checkbox"/>高カロリー輸液 更衣 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 清潔 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>浴槽 <input type="checkbox"/>シャワー <input type="checkbox"/>清拭(週 回) <input type="checkbox"/>機械浴 麻痺 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部位：) 排泄 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>トイレ <input type="checkbox"/>P-トイレ <input type="checkbox"/>尿管留置 <input type="checkbox"/>導尿 <input type="checkbox"/>人工肛門 <input type="checkbox"/>人工膀胱 <input type="checkbox"/>尿器 <input type="checkbox"/>おむつ 服薬管理 <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>医療者 問題行動 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(<input type="checkbox"/>せん妄 <input type="checkbox"/>意識レベル低下) 感染症 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p> <p>【備考・その他】</p>
---	--

医療機関名： _____

ご連絡先： TEL: _____

ご担当者名： _____ (職種 _____)

FAX: _____