

<緩和ケア相談依頼書> 社会医療法人清風会 廿日市記念病院 FAX:0829-20-2777

記入日 年 月 日

紹介元施設名			担当者		
フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	T・S・H	年 月 日(歳)
住所			連絡先		
キーパーソン	氏名	(続柄)		連絡先	
現在の療養場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設				
診断名			病状説明	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	
病期(Stage)	(転移部位:)				
治療	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 未治療				
主訴	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹水・胸水 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他()				
予後	<input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 1-2ヶ月 <input type="checkbox"/> 3-4ヶ月 <input type="checkbox"/> 5-6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上				
予後説明	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (説明内容:) <input type="checkbox"/> 説明時期(本人:) 家族: ()				
疼痛	部位()	日常生活動作	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
オピオイド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名)		食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 食事形態()	
NSAIDs	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名)		栄養	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> IVH・点滴	
鎮痛補助薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名)		排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> ストーマ	
備考 家族構成 キーパーソン、 協力者等			意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(JCS:)	
			問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> その他()	
			危険行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
医療的ケア	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)	センサーマット	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中	
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(回/日)	居宅	担当者:	
<病気や予後をどのように受け止めているか>					
本人:					
家族:					
<緩和ケアを希望する理由>					
本人:					
家族:					
<入院を希望する時期>					
<input type="checkbox"/> 可能な限り早く <input type="checkbox"/> 自宅でしばらく過ごし、辛くなった時 <input type="checkbox"/> 現在の治療の終了後 <input type="checkbox"/> その他()					