

緩和ケア病棟 入院相談書
(主治医記入用)

キーパーソン _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

配偶者 子供(_____)

記入者: _____

その他(_____)

原疾患名: (_____)

他科廻し・診療情報提供書に記載済
の場合はこちらに✓して下さい

転移: なし あり 部位 (_____)

直接浸潤: なし あり 部位 (_____)

原疾患に伴う合併症 (_____)

その他の合併症 糖尿病 虚血性心疾患 腎疾患 呼吸器疾患
 その他(_____)

予想される予後 一年以上 半年から一年 (_____)ヶ月
 週単位 日単位

急変について 急変の可能性が高い

今後の方針として、悪性腫瘍の縮小・治療を目的とした治療の予定は
 ない ある (具体的には、

病状説明(説明してあるもの全てに✓して下さい)

・患者さんに対して説明を行なった時期 _____ 頃

病名 転移・再発 治療方針

急変の可能性について 予後(具体的には _____)

説明したが理解されていない(その理由は _____)

説明していない(その理由は _____)

・ご家族(名前 _____)に対して説明した時期 _____ 頃

病名 転移・再発 治療方針

急変の可能性について 予後(具体的には _____)

説明したが理解されていない(その理由は _____)

説明していない(その理由は _____)

症状(非がん症状も含む)

・疼痛 なし あり (部位 _____)

原因として考えられることはなんでしょうか
(_____)

・疼痛以外でコントロールが難しい身体症状

なし あり (部位 _____)

原因として考えられることはなんでしょうか
(_____)

・精神状態

- なし うつ状態 せん妄(過活動 低活動 混合)
 不安 不眠 その他()

・精神疾患の既往又は精神科介入

- うつ病(既往 介入中) 統合失調症(既往 介入中)
 認知症(徘徊 大声を出す 易怒性 その他)
 その他の疾患()

・感染症

- なし HBV HCV MRSA HIV
 その他()

・現在の処置

- 出血 処置内容()
 褥瘡 処置内容()
 酸素(リットル)
 その他、特に必要としている処置()

・チューブ類

- 末梢静脈カテーテル 膀胱カテーテル 気管カニューレ
 胃瘻(腸瘻)(目的: 水分・栄養経路 減圧・排液)
 NGチューブ(目的: 水分・栄養経路 減圧・排液)
 その他()

・患者様は当科について、以下のことを知っていますか？

①がん終末期患者様を対象とする病棟である事

- はい いいえ その他()

②がんの治療が出来なくなった方の、症状の緩和を中心としたケアを行なう病棟であること

- はい いいえ その他()

・緩和ケアを紹介される主たる理由を、1つ選んでください。

- 積極的治療が困難となった 症状コントロール 終末期の看取り
 本人の希望 家族の希望 その他()

その他診療で留意すべき点がございましたら、お書き下さい

()

・社会的背景(介護力や家族関係など)について問題点があればお書き下さい

()

・最終採血日(月 日) ・最終画像検査日(月 日)

緩和ケア病棟は、緊急入院が困難な事が多いため、

救急入院が必要な場合は紹介元で対応をお願いする場合があります。

患者さまが希望された場合、この用紙及び情報診療提供書を開示してもよろしいですか

- 開示しても良い 開示しないで欲しい

日常生活状況(ADL表)

ID: _____

記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名: _____

記入者: _____ 職種: _____

※該当する項目に✓をつけてください。

症状 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1.意識レベル低下 <input type="checkbox"/> 2.終末期 <input type="checkbox"/> 3.麻痺 <input type="checkbox"/> 4.摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 5.低栄養 <input type="checkbox"/> 6.褥瘡 <input type="checkbox"/> 7.脱水 <input type="checkbox"/> 8.BPSD <input type="checkbox"/> 9.疼痛またはその他の苦痛症状 <input type="checkbox"/> 10.その他(_____)
医療処置	<input type="checkbox"/> 1.尿管カニューレ <input type="checkbox"/> 2.吸引 <input type="checkbox"/> 3.酸素療法 <input type="checkbox"/> 4.注射・点滴 <input type="checkbox"/> 5.経管栄養 <input type="checkbox"/> 6.腎瘻 <input type="checkbox"/> 7.膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 8.尿管皮膚ろう <input type="checkbox"/> 9.ストーマケア <input type="checkbox"/> 10.褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 11.創処置 <input type="checkbox"/> 12.疼痛(麻薬)管理・症状コントロール <input type="checkbox"/> 13.リハビリテーション <input type="checkbox"/> 14.特になし <input type="checkbox"/> 15.その他(_____)
服薬状況	薬の管理: <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族・ <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> その他(_____) 薬は、 <input type="checkbox"/> 飲みにくい・ <input type="checkbox"/> 飲み忘れがある・ <input type="checkbox"/> 拒薬がある・ <input type="checkbox"/> 問題なく飲んでいる

※該当する項目に✓をつけて下さい。

PS	<input type="checkbox"/> 0:発症前と同じ日常生活が制限なく行なえる <input type="checkbox"/> 1:軽度の症状があるが、歩行、軽労働や坐業は可 <input type="checkbox"/> 2:歩行や身の廻りのことはできるが、時に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3:身の廻りのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要 <input type="checkbox"/> 4:身の廻りのこともできず、常に介助が要り、終日就床を必要としている
移動	歩行: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き 歩行介助: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 車椅子: <input type="checkbox"/> 移乗可 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助 転倒歴: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
栄養	経口摂取: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下障害: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒ 食事内容(_____) 経管栄養: <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 ⇒ 内容・1日量(_____)
排泄	トイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 排便 _____ 回/日 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘:使用薬剤(_____)
認知	認知症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 理解力の低下 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 認知症がある場合 <input type="checkbox"/> 0:正常 <input type="checkbox"/> 1:軽度(通常の家内行動はほぼ自立。 日常生活上助言や介助は必要ないか、あっても軽度) <input type="checkbox"/> 2:中等度(知能低下のため日常生活が1人ではちょっとおぼつかない、 助言や介助が必要) <input type="checkbox"/> 3:高度・最高度(日常生活が1人では無理。多くの助言や介助が必要、 あるいは逸脱行為が多く目が離せない)
睡眠	不眠 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用薬剤(_____)
皮膚	褥瘡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高リスク /その他(_____) 清潔 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 /介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他(_____)