

# 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><b>【紹介目的・経緯】</b> <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><b>【紹介元への通院の有無】</b>  <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり：頻度 ( に 回程度)</p> <p><b>【(在宅療養中) 紹介元で緊急時の受け入れについて】</b>  <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><b>【告知の有無、本人の理解度について】</b>          [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><b>【臨床的な予後予測について】</b>  <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><b>【コミュニケーション】</b>  <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><b>【医療処置・ケア】</b>          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><b>【現在の症状について】</b>          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><b>【ADL について】</b>          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><b>【備考・その他】</b></p>
---	--

医療機関名： \_\_\_\_\_

ご連絡先： TEL: \_\_\_\_\_

ご担当者名： \_\_\_\_\_ (職種 \_\_\_\_\_)

FAX: \_\_\_\_\_