

《緩和ケア相談依頼書》

※わかる範囲でご記入ください。

記入日 年 月 日

ふりがな 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	名前 (続柄)			連絡先					
現在の療養場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (病院) <input type="checkbox"/> (施設名)								
診断名				告知	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済				
転移	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)								
治療	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 未治療								
主訴	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <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"/> その他								
予後	<input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 1~2ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 3~4ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 5~6ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 半年以上								
予後告知	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済: 最終説明日 () 誰に ()								
痛み	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"/> 車イス <input type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
症状コントロール	良・不良				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 食事形態()			
オピオイド使用	なし・あり(薬剤名)				栄養	<input type="checkbox"/> 食事のみ <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> その他()			
PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4				排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
備考 家族構成 キーパーソン等				社会資源	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可			
					認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()			
					介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済(介護度:)			
					ケアマネ	() 居宅()			
					サービス	<input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー			
					保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 身障者手帳			
<病気や予後をどの様に受け止めているか、 <u>緩和ケアを希望する理由</u> を詳細にご記載ください>									
本人: 家族:									
<入院を希望する場合の希望時期>									
<input type="checkbox"/> 可能な限り早く <input type="checkbox"/> 自宅でしばらく過ごし、辛くなったら <input type="checkbox"/> 現病院での治療終了後 <input type="checkbox"/> その他 ()									