

緩和ケア病棟入院依頼書 1

患者氏名： _____ (_____ 歳) : 男 : 女 : 入院中 : 外来

1. 患者さんに最初に緩和ケアを勧めた人について

- : 患者さん本人が自分で希望
- : 家族などからの勧め (配偶者、子供、親戚、両親、友人、その他 (_____))
- : 医療関係者 (医師、看護師、薬剤師、その他の医療者)

2. 緩和ケアを紹介した経緯について (複数選択可 最も強い理由には丸をつける)

- : 治療の効果が期待できなくなったため
- : 本人が希望するため : 家族が希望するため
- : 症状コントロールのため : 終末期の看取りのため
- : 緩和照射依頼 : レスパイト入院依頼
- : その他 (_____)

3. 現時点での病気病状について、どこまで説明や告知をしたか

a) 患者さん本人に対して

時期： 20 年 月頃 (化学療法中、後、放射線療法中、後、手術後)

- : 癌であることを告知していない : 病名のみ (癌であることのみ)
- : 転移再発部位や広がりを含めて : 余命を含めて

b) 家族に対して

時期： 20 年 月頃 (化学療法中、後、放射線療法中、後、手術後)誰に対して行ったか (配偶者、子供、親戚、両親、友人、その他 (_____))

- : 癌であることを告知していない : 病名のみ (癌であることのみ)
- : 転移再発部位や広がりを含めて : 余命を含めて

4. 上記の病状説明を患者本人と家族とどちらを先にしたか

- : 患者自身が先 : 家族が先 : 患者と家族に同時に

5. 患者さんの臨床的な予後はどれくらいあると考えるか (複数選択可)

- : 6ヶ月以上 : 3ヶ月以上 : 2ヶ月程度 : 1ヶ月程度 : 2週間程度
- : 1週間ほど : 1週間以内 : 急変あり (出血、呼吸苦、消化管穿孔、 _____)

備考 (特に本人、家族の希望があればご記入ください)

病院名 : _____ 医師名 : _____

緩和ケア病棟入院依頼書 2

基本情報

1. 患者名 _____
2. 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 男・女
3. キーパーソン 無 有 続柄 _____
4. 介護保険 無 有 (要支援 _____ 要介護 _____) 申請中 (_____ 月 _____ 日頃)
5. 医師からどのような説明を受けたか (本人・家族からの情報)、その他今後の希望等
 本人 (_____)
 家族 (_____)
 希望等 (_____)

家族構成

日常生活について 重複記入可 (その場合 1 が主たるもの 2 が補助的なもの)。その他は通信欄に記入。

6. 食 事 (経口) 自立 一部介助 全介助 ※食欲 (あり ・ なし)
- 食事内容 _____ 飯 _____ 分粥 流動 きざみ その他 _____ 水分のみ 絶飲食
7. 栄 養 経管栄養 (経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) 高カロリー輸液 (IVH ・ CV ポート)
8. 麻 痺 無 有 (部位 _____)
9. 排 泄 自立 一部介助 全介助 見守り
尿管留置 導尿 人工肛門 人工膀胱 尿器 P-トイレ ゴム便器 おむつ
10. 移 動 歩行 杖歩行 歩行器 車椅子 ストレッチャー
11. 移 乗 自立 一部介助 全介助 見守り
12. 清 潔 自立 一部介助 全介助 見守り 入浴 シャワー浴 機械浴 清拭
13. 意思疎通 問題無 問題有 (筆談 ・ 難聴 ・ 手話 ・ 認知症 ・ せん妄 ・ 意識レベルの低下)
 特記 (_____)
14. 問題行動 無 有 (認知症 ・ せん妄 ・ その他 _____)
 特記 (_____)
15. 疼 痛 無 有 部位 (_____) 鎮痛薬使用 (主に _____)
16. 褥 瘡 無 有 (部位 _____) マットの種類 (_____)
17. 処 置 無 有 (_____)
酸素 _____ l/分中 気管切開 (永久 ・ 一時的) 吸引頻度 1/ _____ 分 ・ 時間 吸入
18. 薬 管 理 自立 ナース ・ 家族等管理
19. 感 染 症 無 有 (MRSA/ 部位 ・ その他感染症 _____)

通信欄