

上尾中央総合病院 緩和ケア病棟入棟依頼書

紹介元医療機関の所在地

電話番号

名称

診療科・医師名

フリガナ 患者氏名 (ID)	生年月日	年齢
【病名】 ① ② ③		
【現病歴】		【既往歴】
【身体所見】 <<重症度>> 1. 痛み <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 (部位 :) 2. 呼吸困難 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 () 3. 倦怠感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 () 4. 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 () 5. 口渇 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 () 6. 咳・痰 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 () 7. 食欲不振 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 () 8. 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 () 9. 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 () 10. 便秘 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 () 11. 浮腫 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 () 12. その他 (具体的に)		
【精神状態】 <<重症度>> 1. 不安 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 2. 抑うつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 3. せん妄 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 4. 不眠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 5. 眠気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 6. その他 (具体的に)		【現在の処方】

【身体活動状態】													
1. P S	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4												
2. 歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可												
3. 車椅子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助												
4. 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 病棟トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> その他)												
5. 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 末梢点滴)												
6. 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 全介助 ()												
【患者・家族への説明内容など】 いつ頃、どのように説明されましたか													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 20%;">患者</th> <th style="width: 20%;">家族</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>病名</td> <td><input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未</td> <td><input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未</td> </tr> <tr> <td>病状</td> <td><input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未</td> <td><input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未</td> </tr> <tr> <td>予後</td> <td><input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未</td> <td><input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未</td> </tr> </tbody> </table>		患者	家族	病名	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	病状	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	予後	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
	患者	家族											
病名	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未											
病状	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未											
予後	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未											
医師の予後予測 _____ カ月													
【緩和ケア病棟についての説明内容など】													
1. がんの積極的治療は行わないことを患者・家族に説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
2. 痛み等の苦痛に対する治療が中心になることを説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
3. 患者は緩和ケア病棟への入院に同意している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
4. 家族は緩和ケア病棟への入院を同意している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
【家族構成（同居・別居が分かるように）】 ***キーパーソン・主な介護者・介護認定など***													
【今後の方向性（自宅・施設・転院・他・未定など）】													
【MSW等からの意見・課題】													
担当者名 _____													
【備考】													

作成者： _____