

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】
<p>【身体所見】 <<重症度>></p> <p>1. 痛み <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 (部位:)</p> <p>2. 呼吸困難 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>3. 倦怠感 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>4. 発熱 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>5. 口渇 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>6. 咳・痰 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>7. 食欲不振 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>8. 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>9. 腹部膨満感 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>10. 便秘 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>11. 浮腫 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>12. 胸水 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>13. 腹水 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重 ()</p> <p>14. その他 ()</p>		
<p>【精神状態】 <<重症度>></p> <p>1. 不安 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>2. 抑うつ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>3. せん妄 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>4. 不眠 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>5. 眠気 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p>6. 認知症 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>7. その他(具体的に:)</p>		【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"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他)
5. 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> I V H <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> その他
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 ()
7. 医療行為・処置など	()
【患者・家族への説明内容など】	
1. 病名について説明している	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族
2. 病状について説明している	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族
3. 予後について説明している	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族
いつ頃、どのように説明されましたか()	
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・生活状況など	
【サービスの利用状況】	
介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請済み (<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援① <input type="checkbox"/> 要支援②)	
<input type="checkbox"/> 要介護① <input type="checkbox"/> 要介護② <input type="checkbox"/> 要介護③ <input type="checkbox"/> 要介護④ <input type="checkbox"/> 要介護⑤)	
担当ケアマネージャー（事業所・担当者：)	
利用していたサービス <input type="checkbox"/> 訪問診療(医療機関：) <input type="checkbox"/> 訪問看護(事業所：)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
【今後の方向性（自宅・施設・転院・その他・未定など）】	
【社会的な問題・課題】	
【備考】	

作成者： _____