

彩の国東大宮メディカルセンター 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		
【発症時期】 【現病歴】		【既往歴】
【身体所見】 1. 痛み <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 部位:) 2. 呼吸困難 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 3. 倦怠感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 4. 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 5. 口渇 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 6. 咳・痰 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 7. 食欲不振 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 8. 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 9. 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 10. 便秘 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 11. 浮腫 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 12. その他(具体的に)		
【精神状態】 1. 不安 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 2. 抑うつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 3. せん妄 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 4. 不眠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 5. 眠気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コントロール <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 6. その他(具体的に)		
【現在の処方】		

【身体活動状態】				
1. PS	<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"/> その他 <input type="checkbox"/> バルーン ）				
5. 食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助	（ <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】			病気についていつ頃、どのように説明されましたか	
	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		
現時点での予後予測			_____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・延命処置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： _____