

# 広瀬病院 緩和ケア依頼書

記載日 年 月 日

緩和ケアを希望される患者様について、下記の情報をお知らせください。(該当する項目へのチェック、記載をお願いします。)  
ご記入いただいた依頼書は、面談前日までにFAX:092-771-6517へお送りいただき、原本は面談当日にお渡しください。

患者様氏名:	( 歳) 男・女	診断名:
<b>【依頼目的】</b>		
<input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 外来通院での症状コントロール <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> その他( )		
<b>【最初に緩和ケアを勧めた人について】</b>		
<input type="checkbox"/> 本人が自分で希望 <input type="checkbox"/> 家族等の勧め: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他( )		
<input type="checkbox"/> 医療関係者の勧め: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> その他( )		
<b>【緩和ケアを紹介した経緯について】 《複数選択可、最も強い理由には線を引いてください》</b>		
<input type="checkbox"/> 本人が希望するため <input type="checkbox"/> 家族が希望するため <input type="checkbox"/> 症状コントロールのため <input type="checkbox"/> 終末期の看取りのため <input type="checkbox"/> その他( )		
<b>【告知について】</b>		
<b>【本人へ】</b> <input type="checkbox"/> 予後も含めて告知している <input type="checkbox"/> 転移・再発も含めて告知している <input type="checkbox"/> 病名のみ告知している * 告知している場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未告知(理由: ) * 未告知の場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 気づいているだろう <input type="checkbox"/> 全く知らない <input type="checkbox"/> 認識不能 <input type="checkbox"/> 不明		
<b>【家族へ】</b> <input type="checkbox"/> 本人への説明と同内容 <input type="checkbox"/> 予後も含めて告知している <input type="checkbox"/> 転移・再発も含めて告知している <input type="checkbox"/> 病名のみ告知している <input type="checkbox"/> 未告知(理由: ) ⇒ <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 気づいているだろう <input type="checkbox"/> 全く知らない <input type="checkbox"/> 認識不能 <input type="checkbox"/> 不明		
<b>【緩和ケアへの依頼について】</b>		
<b>【本人へ】</b> <input type="checkbox"/> 説明済み <input type="checkbox"/> 未説明 / <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 全く知らない <input type="checkbox"/> 認識不能 <input type="checkbox"/> 不明 <b>【家族へ】</b> <input type="checkbox"/> 説明済み <input type="checkbox"/> 未説明 / <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 全く知らない <input type="checkbox"/> 認識不能 <input type="checkbox"/> 不明		
<b>【現在の症状について】 《複数選択可、最も強いものには線を引いてください》</b>		
<input type="checkbox"/> 疼痛 (部位: ) <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> しびれ (部位: ) <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 浮腫 (部位: ) <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 発熱( °C) <input type="checkbox"/> 便秘(排便間隔 日) <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位・大きさ: ) / 処置: ) <input type="checkbox"/> 麻痺 (部位: ) <input type="checkbox"/> その他症状 ( ) <input type="checkbox"/> 感染症: MRSA( )・緑膿菌( )・HCV・HBs・その他( )		
<b>【医療処置について】</b>		
<input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストーマ/ウロストミー <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与( )ℓ/分 / <input type="checkbox"/> カニューレ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 特になし		
<b>【日常生活について】</b>		
移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り / <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り / <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥( 分粥) <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り 清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り / <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 週( )回 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り / <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストーマ 服薬管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療者    認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(程度: ) 徘徊 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(状況: ) 抑制 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抑制帯 <input type="checkbox"/> 離床センサー		
<b>【コミュニケーション】</b>		
意思伝達 <input type="checkbox"/> 複雑な表現が可能 <input type="checkbox"/> 単純な表現のみ <input type="checkbox"/> 時々つじつまが合わない <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 不可 表現方法 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤等 <input type="checkbox"/> その他( ) ナースコール <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない		
<b>【臨床的予後予測】</b>		
<input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3~6ヶ月 <input type="checkbox"/> 2~3ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位		
医療機関名	連絡先	
ご担当者様	(職種 )	

FAX:092-771-6517