緩和ケア病棟紹介時の患者基本情報　（奈良県緩和ケア病棟連絡会共通書式）

＊該当する項目に☑を入れるか　　で囲み、わかる範囲でご記入ください。

記入日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　　　歳

Ⅰ.紹介目的（複数選択可）、現在の療養場所、希望する入院時期

1. 目的：□症状コントロール　□在宅困難　□看取り　□レスパイト入院

□緩和ケア外来通院　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現在の療養場所：□自宅　□施設　□入院中
2. 入院時期：□できるだけ早く　□必要になった時　□その他（　　　　　　　　　）

Ⅱ.診療情報

1. 診断名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2. 確定診断日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日
3. 転移：□なし　□脳　□肺　□肝　□骨　□リンパ節　□その他（　　　　　　　）
4. 基礎疾患：□糖尿病　□認知症　□精神神経疾患（認知症以外）□慢性肝疾患

□慢性腎疾患　□慢性心疾患　□慢性呼吸器疾患　□その他（　　　　）

1. 手術：術式（　　　　　　　　　　　　　）手術日　　　　　年　　　月　　　日
2. 化学療法：　　有（□終了後　□継続中）　・　無
3. 放射線治療：　有　・　無
4. 緩和を必要とする症状
	1. 身体症状：□疼痛　□倦怠感　□呼吸困難　□悪心・嘔吐　□食欲不振

□腹部膨満　□浮腫　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

* 1. 精神症状：□不眠　□不安　□抑うつ　□せん妄　□その他（　　　　　　　）
1. パフォーマンス・ステータス（PS）：　０　・　１　・　２　・　３　・　４
2. 医療処置：□酸素投与　□CVポート　□CVカテーテル（PICCなど）　□胃瘻

□経鼻胃管　□気管切開　□人工肛門　□腎瘻　□ペースメーカー

□褥瘡・皮膚処置　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅲ.病名告知：　　 有　・　無　（無の理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅳ.DNAR確認：　有　・　無　（無の理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅴ.予想される予後：□日にち単位　□週単位　□1か月程度　□2～3か月　□3か月以上