

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 (_____)
2. 現在の療養場所：☐自宅 ☐施設 ☐入院中
3. 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 (_____)
5. 手術：術式 (_____) 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
6. 化学療法： 有 (☐終了後 ☐継続中) ・ 無
7. 放射線治療： 有 ・ 無
8. 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 (_____)
 - ② 精神症状：☐不眠 ☐不安 ☐抑うつ ☐せん妄 ☐その他 (_____)
9. パフォーマンス・ステータス (PS)： 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
10. 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