

緩和ケア病棟 入棟申込 情報提供書

患者	氏名 様	年齢 歳(. .)	性別 男・女
記載医師名		記載日	年 月 日
診断名			
主訴	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 呼吸困難感 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 口渇 その他()		
既往歴			
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> CRE <input type="checkbox"/> ESBL その他() → <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿 その他()		
推定される予後	<input type="checkbox"/> 半年以上 <input type="checkbox"/> 半年未満 (<input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 月単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位) 予後を左右する因子()		
本人への説明	病名 <input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済 再発転移 <input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済	詳細	
家族等への説明	病名 <input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済 再発転移 <input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済 予後 <input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済	詳細	
本人・家族が期待すること			
在宅療養の希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 症状による		
現在の様子			
移動	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 起立のみ <input type="checkbox"/> 50%以上臥床 <input type="checkbox"/> 終日臥床		
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 要介助) <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 胃瘻 その他()		
排泄	<input type="checkbox"/> 自力可能 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難		
意思決定能力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 判定不能		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状)		
カテーテル類	<input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 末梢ライン その他()		

診療情報提供書(紹介状)と共に提出をお願いします

石巻市立病院緩和ケア外来