

緩和ケア診療情報提供書

東京通信病院 がん相談支援センター 宛

FAX 03-5214-7735

記入日 年 月 日

*診療情報提供書と併せて、血液検査データ、画像撮影データもお送りください。

紹介元	
医療機関名	診療科
主治医名	連絡先
緩和ケア病棟紹介理由（複数回答可）	
<input type="checkbox"/> 患者の希望	<input type="checkbox"/> 家族の希望
<input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 症状緩和
	<input type="checkbox"/> 在宅療養困難

基本情報	
(フリガナ)	
患者氏名	様 性別 男性 : 女性
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	
診断名	
転移	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
転移の部位 (ありの場合)	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> その他 ()
推測する生命予後	<input type="checkbox"/> ~2週間 <input type="checkbox"/> ~1ヶ月 <input type="checkbox"/> ~3ヶ月 <input type="checkbox"/> ~6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月~ <input type="checkbox"/> 不明
インフォームド ・コンセント	患者本人 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 病状 (予後も含めて) <input type="checkbox"/> 告知なし *理由 ()
キーパーソン	氏名 続柄 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 病状 (予後も含めて) <input type="checkbox"/> 告知なし *理由 ()
急変の可能性について	<input type="checkbox"/> 話している <input type="checkbox"/> 話していない <input type="checkbox"/> その他 ()
その他重要な項目があればご記入ください	()

これまでの治療歴	
外科手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (施行日 年 月 日)
化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
放射線治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

現在の状態	
苦痛症状の内容	<input type="checkbox"/> 疼痛（部位： _____ ） <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 悪心、嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> その他身体的苦痛（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他精神的苦痛（ _____ ）
安静時呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 昏睡
せん妄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：原因（ _____ ）
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：（部位： _____ ）
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：（所見、部位： _____ ）
PS	<input type="checkbox"/> 0 無症状で社会活動ができ、制限をうけることなく、発病前と同等に行動が出来る。 <input type="checkbox"/> 1 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽度の労働、座業はできる。 <input type="checkbox"/> 2 歩行、身の回りのことは可能。時に少し介助が必要。軽い労働はできないが、日中の50%以上は起居している。 <input type="checkbox"/> 3 歩行、身の回りのことは可能。しばし介助が必要。日中の50%以上は臥床している。 <input type="checkbox"/> 4 身の回りのことができず、常に介助が必要。終日臥床している。
ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時に介助 <input type="checkbox"/> しばしば介助 <input type="checkbox"/> ほとんど介助 <input type="checkbox"/> 全介助
経口摂取量	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや減少 <input type="checkbox"/> 減少しているが数口よりは多い <input type="checkbox"/> 数口以下 <input type="checkbox"/> 絶飲食
挿入物	<input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> イレウス管 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 尿管ステント <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

感染症情報			
MRSA	<input type="checkbox"/> 検出（感染源： _____ ）	<input type="checkbox"/> 結果待ち	<input type="checkbox"/> 未検
薬剤耐性菌 （MDRP・CR E・ESBL等）	<input type="checkbox"/> 検出（感染源： _____ ）	<input type="checkbox"/> 結果待ち	<input type="checkbox"/> 未検
肝炎（B・C）	<input type="checkbox"/> 検出	<input type="checkbox"/> 結果待ち	<input type="checkbox"/> 未検査
疥癬	<input type="checkbox"/> 検出	<input type="checkbox"/> 結果待ち	<input type="checkbox"/> 未検査
結核	<input type="checkbox"/> 検出	<input type="checkbox"/> 結果待ち	<input type="checkbox"/> 未検査
その他	<input type="checkbox"/> 検出（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 結果待ち	<input type="checkbox"/> 未検

希望部屋
<input type="checkbox"/> 大部屋（4人部屋） <input type="checkbox"/> 2床部屋（¥8,640） <input type="checkbox"/> 個室（¥21,600 or ¥18,360）

その他ありましたら、ご自由に記載ください。