

# 緩和ケア診療情報提供書

東京逋信病院 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	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"/> リンパ節 <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 <input type="checkbox"/> 予後
	<input type="checkbox"/> DNAR
	<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 <input type="checkbox"/> 予後
	<input type="checkbox"/> DNAR
	<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

<b>現在の状態</b>	
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"/> その他身体的症状（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他精神的症状（ _____ ）
呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                      酸素吸入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   （ _____ ℓ/min）
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：（部位： _____                      処置内容： _____ ）
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カテーテル <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"/> CVポート <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> スtent   部位（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

<b>感染症情報</b>			
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・CRE・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

<b>希望部屋</b>
<input type="checkbox"/> 大部屋（4人部屋） <input type="checkbox"/> 2床部屋（¥8,800） <input type="checkbox"/> 個室（¥22,000 or ¥18,700）

その他ありましたら、ご自由に記載ください。