

緩和ケア病棟申し込み書



スキャン
月 日

東京通信病院 がん相談支援センター宛

Fax **03-5214-7735**

*** 診療情報提供書・血液検査データ・画像撮影レポートも併せて送付してください。**

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者名 (_____)

医師 看護師 MSW 他

紹介元	医療機関名		診療科	
			連絡先Tel	
緩和ケア病棟紹介理由	<input type="checkbox"/> 患者の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 在宅療養困難 <input type="checkbox"/> 症状緩和 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
診療希望	<input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 往診+外来 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
基本情報	ふりがな 患者氏名		性別 男性：女性	
	生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)		
	居住地			
	診断名			
	転移部位	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 腹膜播種 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 無		
	既往歴			
	予後予測	<input type="checkbox"/> ~2週間 <input type="checkbox"/> ~1ヶ月 <input type="checkbox"/> ~3か月 <input type="checkbox"/> ~6か月 <input type="checkbox"/> 6か月~ <input type="checkbox"/> (_____) <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	<input type="checkbox"/> 話している <input type="checkbox"/> 話していない <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
治療歴	外科手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：術式 _____ 施行日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)		
	化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 年 _____ 月 _____ 日まで施行)		
	放射線療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位・線量 _____)		
身体症状	<input type="checkbox"/> 疼痛 (部位 _____) (使用薬剤・使用量 _____)			
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢			
	<input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 抑うつ			
	<input type="checkbox"/> 浮腫 (部位 _____)			
	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 _____ L/min (<input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 鼻カテ <input type="checkbox"/> 他 _____)			
	<input type="checkbox"/> その他の身体症状 (_____)			
	<input type="checkbox"/> その他の精神的症状 (_____)			
<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・大きさ・グレード (_____) 処置内容 (_____)				
<input type="checkbox"/> せん妄 (要因・治療 _____)				

意識レベル	JCS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> II-10 <input type="checkbox"/> II-20 <input type="checkbox"/> II-30 <input type="checkbox"/> III-100 <input type="checkbox"/> III-200 <input type="checkbox"/> III-300
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 薬剤使用（薬剤名 _____） <input type="checkbox"/> 他（ _____ ）
挿入物等	<input type="checkbox"/> CVカテーテル <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 皮下注 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> イレウス管 <input type="checkbox"/> ステント（部位： _____） <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル（最終交換日： _____年 _____月 _____日） <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 吸引（ _____回/日） <input type="checkbox"/> ドレーン（部位 _____） <input type="checkbox"/> 腎瘻（右・左：交換日 _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）
感染情報	MRSA <input type="checkbox"/> 無 <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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検出（感染源： _____） <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 未検 （MDRP・CRE・ESBL等） 肝炎（B・C） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検出 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 未検 疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検出 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 未検 結核 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検出 <input type="checkbox"/> 結果待ち <input type="checkbox"/> 未検 その他（ _____） <input type="checkbox"/> 検出 <input type="checkbox"/> 結果待ち 感染管理 <input type="checkbox"/> 標準予防策 <input type="checkbox"/> 個室隔離 <input type="checkbox"/> 感染経路別予防策（ _____）
栄養	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ____分粥 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 他（ _____）
経口摂取量	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 通常の____割 <input type="checkbox"/> 絶飲食
PS	<input type="checkbox"/> 0： 無症状で社会生活ができ、制限を受けることなく、発病前と同等に行動ができる。 <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・身の周りのことは可能。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・身の周りのことは可能。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： 身の周りのことができず、常に介助が必要。終日臥床している。
障害等	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位・程度： _____） 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（程度： _____） 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 全く聴こえず <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他 _____） 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> その他 _____）
希望部屋	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室トイレあり <input type="checkbox"/> 個室トイレなし <input type="checkbox"/> 早ければどこでも可 <input type="checkbox"/> 不明
入院・転院前PCR検査の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否（理由： _____）
その他	なにかありましたら、ご記入ください。