

# 緩和ケア病棟申込書

※診療情報提供書・血液検査データ・画像撮影レポート・看護サマリーも併せてFAXしてください※

※ CD-ROM・診療情報提供書・看護サマリーの原本は郵送又は、持参してください ※

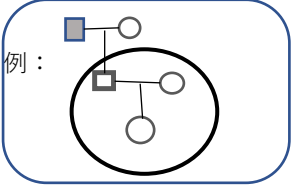
※当日持ち物：患者本人の保険証と面談料7700円※

東京通信病院 がん相談支援センター宛て FAX : 03 - 5214 - 7735

記入日 年 月 日

紹介元	医療機関名：	
	連絡先TEL：	
	担当者： <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> MSW 名前(フリガナ)：	
ふりがな		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
患者氏名		生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)
患者住所		
職業又は以前の職業		
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"/> 必要時入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
当院以外の予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 利用中の社会資源	
診断名		転移部位：
既往歴		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
病状や病名についていつ、どのように説明したか	患者： 年 月 日 内容：	
	家族： 年 月 日 内容：	
緩和ケアへの移行についてどのように説明したか	患者： 年 月 日 内容：	
	家族： 年 月 日 内容：	
予後の見通し	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 2~3か月 <input type="checkbox"/> 半年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上	
患者・家族への予後の見通しの説明	患者 <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない (理由： )	
	家族 <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない (理由： )	

# 緩和ケア病棟申込書

身体症状	□疼痛（部位： _____ ）
	（使用薬剤・用法・容量 _____ ）
	□呼吸苦（酸素 _____ L/min） □胸水 □腹水 □浮腫 □悪心・嘔吐 □腹部膨満感 □倦怠感
	□褥瘡（部位・処置内容： _____ ） □その他（ _____ ）
	PS: _____
精神状態	□認知機能障害 □せん妄 □抑うつ □その他の精神症状（ _____ ）
障害等	□麻痺（部位： _____ ） □言語障害 □嚥下障害(食事内容： _____ )
	□聴力障害 □視力障害 □特別なコミュニケーション方法（内容： _____ ）
意識レベル	JCS： _____
挿入物等	□CVポート □PICC □末梢点滴 □皮下注射 □ストーマ
	□尿道留置カテーテル □胃瘻 □イレウス管 □その他ドレーン（ _____ ）
希望部屋	□普通床（4人） □2人部屋 □個室トイレ付 □個室トイレ無 □どこでも可 □不明
家族関係	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 キーパーソン： _____ 同居している人は囲ってください 例： 
その他	