

緩和ケア病棟申し込み書

東京通信病院 がん相談支援センター宛

Fax **03-5214-7735**

申し込み書類に☑チェックをお願いします

診療情報提供書 血液検査データ（5～6回分）

記入日 年 月 日

画像レポート 看護サマリー

記入者名（ ）

※入院希望者 問診表 緩和ケア病棟への申し込み同意書

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"/> 在宅より入院 <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療との連携	<input type="checkbox"/> 通信以外 <input type="checkbox"/> あり・なし
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（ ）
	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（ ）
	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（ ）
	家族関係	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 ※同居している人は囲ってください 例： 
社会資源	【生活保護】	担当 電話
	【介護保険】	未申請 申請中 取得： 介護度（ ）
	【ケアマネージャー】	施設名 担当
	【訪問診療】	施設名 担当
	【訪問看護】	施設名 担当
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 ）
感染症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（ ）	

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"/> 認知機能（ _____） <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> せん妄（要因・治療 _____） 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
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。
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 点滴内容（ _____） <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（ _____）
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
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"/> 準個室（14300円） <input type="checkbox"/> 個室トイレあり（10号室29700円）（80・100号26400円） <input type="checkbox"/> 個室トイレなし（21号室26400円）（110・120号22000円） <input type="checkbox"/> 早ければどこでも
その他	なにかありましたら、ご記入ください。

各書類到着後書類審査を行い、緩和ケア病棟の入棟可否、入棟決定日時を担当者の方へ連絡させていただきます。