

緩和ケア依頼書（院外用）

病歴や現在の症状と治療につきましては、別途、聖マリア病院所定の診療情報提供書でのご提出をお願いします
 なお、今後の症状治療にあたって、直近の画像・血液検査結果（できれば数か月以内）をご持参ください

施設名 _____

担当者 _____

主治医 _____

患者氏名： _____（ 歳） :男 :女 :入院中 :外来

傷病名： _____

依頼目的 :ホスピス病棟入院予約 :外来通院での症状コントロール現在の症状 :疼痛 :呼吸苦 :腹水 :浮腫 :倦怠感 :せん妄キーパーソン 無 有 続柄 _____介護保険 無 有（ 要支援 _____ 要介護 _____） 申請中（ _____ 月 _____ 日頃）

家族構成

1、患者さんに最初に緩和ケアを勧めた人について

- :患者さん本人が自分で希望
 :家族などからの勧め（ 配偶者、 子供、 親戚、 両親、 友人、 その他（ _____ ））
 :医療関係者（ 医師、 看護師、 薬剤師、 その他の医療者）

2、緩和ケアを紹介した経緯について（複数選択可）

- :治療の効果が期待できなくなったため
 :本人が希望するため :家族が希望するため
 :症状コントロールのため :終末期の看取りのため
 :その他（ _____ ）

3、現時点での病気病状について、どこまで説明や告知をしたか

患者さん本人に対して

時期：20 年 月 頃

- :癌であることを告知していない :病名のみ（癌であることのみ）
 :転移再発部位や広がりを含めて :余命を含めて

その他、説明をした人（ 配偶者、 子供、 親戚、 両親、 友人、 その他（ _____ ））

医師からどのような説明を受けたか（本人・家族からの情報）、その他今後の希望等

本人（ _____ ）

家族（ _____ ）

希望等（ _____ ）

4、患者さんの臨床的な予後はどれくらいあると考えるか（複数選択可）

- 6ヶ月以上 6ヶ月未満 2～3ヶ月程度 1ヶ月程度
 2～3週間程度 2週間未満 :急変あり（病態 _____ ）

日常生活について 重複記入可（その場合¹が主たるもの²が補助的なもの）。その他は通信欄に記入。

1. 食 事（経口） 自立 一部介助 全介助 ※食欲（あり・なし）
食事内容 __飯 __分粥 流動 きざみ その他_____ 水分のみ 絶飲食
2. 栄 養 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） 高カロリー輸液（IVH・CVポート）
3. 麻 痺 無 有（部位_____）
4. 排 泄 自立 一部介助 全介助 見守り
尿管留置 導尿 人工肛門 人工膀胱 尿器 P-トイレ ゴム便器 おむつ
5. 移 動 歩行 杖歩行 歩行器 車椅子 ストレッチャー
6. 移 乗 自立 一部介助 全介助 見守り
7. 清 潔 自立 一部介助 全介助 見守り 入浴 シャワー浴 機械浴 清拭
8. 意思疎通 問題無 問題有（筆談・難聴・手話・認知症・せん妄・意識レベルの低下）
特記（_____）
9. 問題行動 無 有（認知症・せん妄・その他_____）
特記（_____）
10. 疼 痛 無 有 部位（_____） 鎮痛薬使用（主に_____）
11. 褥 瘡 無 有（部位_____） マットの種類（_____）
12. 処 置 無 有（_____）
酸素__ℓ/分中 気管切開（永久・一時的） 吸引頻度 1/__分・時間 吸入
13. 薬 管 理 自立 ナース・家族等管理
14. 感 染 症 無 有（MRSA/ 部位・その他感染症_____）

備考