

記入年月日: 年 月 日
医療機関名:
医師名(科):

尼崎医療生協病院 地域連携相談センター
TEL:06-6436-1899 FAX:06-6436-1874

★申込書をご記入いただき、以下の4つの情報と共にFAXにてお送りください。

□1.診療情報提供書 □2.処方内容 □3.採血結果 □4.画像所見

★当院予約後に来院いただく際には画像のCD-Rが必要となりますので、ご準備の程お願い申し上げます。

緩和ケア科 申込書

患者名	フリガナ()	性別	生年月日	年 月 日 (歳)
-----	---------	----	------	------------

現在	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり) キーパーソン()
----	--

①病歴 (なるべく詳しくご記入ください。※診療情報提供書に記載があれば記入不要。)

--

②診断 (※診療情報提供書に記載があれば記入不要。下記内容もれがないようお願いします。)

1)原疾患	原発部位(詳細)	右・左
-------	----------	-----

病期分類(UICC)	cT N M	pT N M	Stage
------------	--------	--------	-------

2)病理診断	(分化度)	確定日	年 月 日
--------	-------	-----	-------

3)転移再発	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 胸膜播種・浸潤() <input type="checkbox"/> 骨 (<input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> リンパ節 () <input type="checkbox"/> 不明・未検査
--------	---

4)現在の症状	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> がん性疼痛 (部位:) <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位:) <input type="checkbox"/> その他()
---------	--

5)Performance Status	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
----------------------	--

6)既往歴

薬剤・食物アレルギー 無 有() 禁忌薬 無 有()

③これまでの治療 (※診療情報提供書に記載があれば記入不要。下記内容もれがないようお願いします。)

1)外科治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術年月日 年 月 日 術式()
--------	--

2)放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 照射部位() 総線量() 時期()
---------	---

3)化学療法 内分泌療法 免疫療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 治療薬() 時期()
-------------------------	--

④ 現在の治療

1)現在の処方内容（点滴内容・量など含む）

2)挿入されているチューブ類 無 有（※名称・サイズ）

3)栄養 末梢輸液 TPN

CVポート 挿入部位： CVカテーテル 挿入部位：

経管栄養（ 胃ろう 腸ろう 経鼻胃管 ）

内容と投与量：

経口 内容と摂取量：

4)その他・創処置等（ ）

⑤ 今後の療養についての希望

在宅での看取り 可能ならば在宅で 入院希望

その他（ ）

⑥ 病名・病状告知状況とその理解度

患者	<input type="checkbox"/> 全告知 <input type="checkbox"/> 部分告知
	<input type="checkbox"/> 未告知 →転院についてどのように説明しているか (*)
	*の理由()
<input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能	
家族	<input type="checkbox"/> 全告知 誰に() <input type="checkbox"/> 部分告知 <input type="checkbox"/> 未告知
	部分告知・未告知の場合 その理由()
	<input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能

⑦ 予後告知の有無とその理解度

患者	<input type="checkbox"/> 告知あり 内容（ ）
	<input type="checkbox"/> 告知なし 理由（ ）
	<input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能
家族	<input type="checkbox"/> 告知あり 誰に（ ）内容（ ）
	<input type="checkbox"/> 告知なし 理由（ ）
	<input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能

⑧ 延命治療についての説明 ※希望される場合は緩和ケアの対象外となりますので、ご了承ください。

患者	<input type="checkbox"/> 希望する（ <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 昇圧剤 ） <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未説明
家族	<input type="checkbox"/> 希望する（ <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 昇圧剤 ） <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未説明

⑨ 臨床的予後予測

急変の可能性あり 日単位 週単位 1ヶ月程度 3ヶ月程度 3～6ヶ月程度 6ヶ月以上

その他（ ）

⑩ 介護保険情報・その他

新規申請中 区分変更中 申請未

介護度 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

居宅介護支援事業所（ ）担当ケアマネージャー（ ）様

在宅医（ ）訪問看護ステーション（ ）

ご記入ありがとうございました。