

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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（※名称・サイズ）	
3)栄養 <input type="checkbox"/> 末梢輸液 <input type="checkbox"/> TPN	
<input type="checkbox"/> CVポート 挿入部位： <input type="checkbox"/> CVカテーテル 挿入部位：	
<input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻胃管）	
内容と投与量：	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 在宅での看取り <input type="checkbox"/> 可能ならば在宅で <input type="checkbox"/> 入院希望	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 急変の可能性あり <input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 3ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 3～6ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	
<input type="checkbox"/> その他（）	
⑩ 介護保険情報・その他	
<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 申請未	
介護度 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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。