**20　　　　年　　　月　　　日**

**緩和ケア依頼書**

**田川市立病院　　　　　　　　　　　　　　　　小早川　晶先生**

患者氏名：（　　　　　　　　　　　　　　）( 歳)　 [ ] 男　[ ] 女　[ ] 入院中　[ ] 外来

1. 依頼目的

　　　[ ] 入院予約　　[ ] 外来通院での症状コントロール　　[ ] 在宅療養（往診含む）

　●紹介元への通院の有無

　　[ ] ：なし　　　　[ ] ：あり　頻度（　　　　に　　　回程度）

　●（在宅療養中）紹介元で緊急時の受け入れについて

　　[ ] ：可能　　　　[ ] ：不可　　　[ ] ：相談検討　　　[ ] ：その他（　　　　　　　　　）

1. 患者さんに最初に緩和ケアを勧めた人はどなたでしょうか

[ ] ：患者さん本人が希望

[ ] ：家族からの勧め（[ ] 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）

1. 緩和ケアを紹介した経緯について（複数選択可　最も強い理由に丸をつけて下さい）

[ ] ：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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現時点での病気病状について、どこまで説明や告知をしていますか
2. 患者さん本人に対して

時期：20　　　年　　月頃（化学療養中[ ] 、後[ ] 、放射線療法中[ ] 、後[ ] 、手術後[ ] ）

①[ ] ：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

　　　②ご本人の病名・病状についての認識をお聞きします

　　　　　①病名について　　　　　　　②病状について

　　　　　　　　　　[ ] 全て知っている　　　　　　[ ] 全て理解できている

　　　　　　　　　　[ ] 一部知ってる　　　　　　　[ ] 一部理解できている

　　　　　　　　　　[ ] 全く知らない　　　　　　　[ ] 全く理解できていない

＊具体的にどのような説明をしていますか

1. 家族に対して

時期：20　　　年　　月頃（化学療養中[ ] 、後[ ] 、放射線療法中[ ] 、後[ ] 、手術後[ ] ）

①[ ] ：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

1. ご家族の病名・病状についての認識をお聞きします

　　　　　　①病名について　　　　　　　②病状について

　　　　　　　　[ ] 全て知っている　　　　　　[ ] 全て理解できている

　　　　　　　　[ ] 一部知っている　　　　　　[ ] 一部理解できている

　　　　　　　　[ ] 全く知らない　　　　　　　[ ] 全く理解できていない

＊具体的にどのような説明をしていますか

5　上記の症状説明を患者本人と家族とどちらを先にしましたか

　[ ] ：患者自身が先　　　[ ] ：家族が先　　　　[ ] ：患者と家族に同時に

6　患者さんの臨床的な予後はどれくらいあると考えますか（複数選択可）

　[ ] ：6ヶ月以上　　　[ ] ：3ヶ月以上　　　[ ] ：2ヶ月程度　　　[ ] ：1ヶ月程度

　[ ] ：2週間程度　　　[ ] ：1週間ほど　　　[ ] ：1週間以内

　[ ] ：急変あり（出血、呼吸苦、消火管穿孔、　　　　　　　　　　）

7　現在見られる症状とその治療　　　　　　　　　　　　　　（表）

* 1. 痛み：[ ] ：ある　[ ] ：ない

　神経障害性疼痛：[ ] ：ある　[ ] ：ない

* 1. 部位（右側表に記入）
	2. 痛みの治療

 [ ] ：NSAIDS

[ ] ：オピオイド　種類（　　　　　　　　　　　　　）

投与量（　　　　　　　　　　　　　　　　）

[ ] ：鎮痛補助剤（　　　　　　　　　　　　　　　　）

8　その他症状

[ ] ：ある

[ ] ：ない

病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）医師名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

緩和ケア内科外来患者情報シート

排泄（トイレ・ポータブル・オムツ・バルーン留置）

排泄　尿回数（　　　　回/1日）

睡眠後排尿に起きるか（　　　回）

[ ] 排尿障害有　[ ] 尿異常（血尿）[ ] 尿異常（その他）

排泄ストーマ　[ ] 有　[ ] 無

排便回数（　　　　　　回/日）

[ ] 残便感有　[ ] 下剤使用（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

食事（自立・一部介助・全介助）

回数（朝・昼・夕）

形態（普通・お粥・きざみ・ペースト・経管栄養

食欲　[ ] 有　[ ] 無

体重　[ ] 増えた（　　カ月　　　キロ）　[ ] 減った（　　カ月　　　キロ）　[ ] 変化無し

体重（　　　　キロ）最終測定（　　　月　　　日）

身長（　　　センチ）最終測定（　　　月　　　日）

歩行（自立・一部介助・全介助・寝たきり）

移乗動作（自立・一部介助・全介助）

入浴（自立・一部介助・全介助）

コミュニケーション（普通・やや困難・困難）

認知症にともなう周辺症状（無・徘徊・不潔行為・暴言・暴力・大声・昼夜逆転・せん妄）

難聴（有・無）

視力障害（有・無）

麻痺（有・無）

創処置（有・無）

エアーマット使用（有・無）

気管切開（有・無）

人工呼吸器（有・無）

酸素（有・無）　使用時（　　　L/分）

経管栄養（有・無）（胃ろう・腸ろう・経鼻）

点滴（有・無）

吸引（有・無）

インスリン（有・無）

感染症（有・無）備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 家族情報 |  |  |  |
| 名前 | 本人との関係 | 電話番号 | 住所 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |

家族構成図

家族構成

病名・病状説明の同席者　[ ] 本人だけ

[ ] 家族と　同席者名（　　　　　　　　　　　）

[ ] 知人と　同席者名（　　　　　　　　　　　）

かかりつけの病院（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

前職業（

障害手帳　[ ] 有　[ ] 無

介護保険　[ ] 有　[ ] 無

有の方介護度（　　　　　　　）ケアマネ名前（　　　　　　　　　　　　　　）

渡航歴　[ ] 有　[ ] 無　[ ] 不明

飲酒　[ ] 有　[ ] 無　　頻度（　　　　　　　　回/週）

喫煙　[ ] 有　[ ] 無　　一日（　　　　　本/日）　喫煙歴（　　　　　　年）

　　　過去に吸っていたがやめた（　　　　　　　歳頃やめた）

睡眠　[ ] 良好　[ ] 不眠

起床（　　　時）就寝（　　　時）

睡眠薬使用　[ ] 毎日　[ ] 時々（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　）