

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（ ）

2 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）

3 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（ ）

4 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

a) 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ます

①病名について

- ☐全て知っている
- ☐一部知ってる
- ☐全く知らない

②病状について

- ☐全て理解できている
- ☐一部理解できている
- ☐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

b) 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

② ご家族の病名・病状についての認識をお聞きます

①病名について

- 全て知っている
□一部知っている
□全く知らない

②病状について

- 全て理解できている
□一部理解できている
□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、

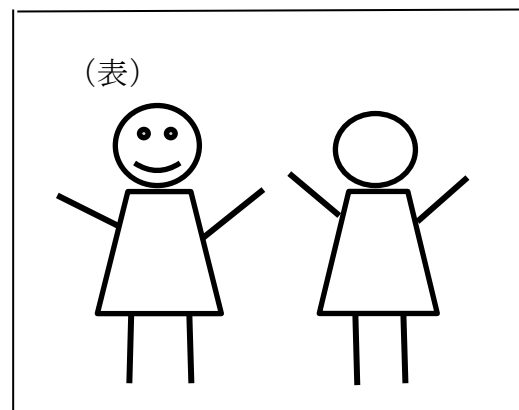
7 現在見られる症状とその治療

- ① 痛み：□：ある □：ない
神経障害性疼痛：□：ある □：ない

② 部位（右側表に記入）

③ 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）

難聽（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

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)