

緩和ケア診療情報提供書

昭和大学横浜市北部病院 緩和ケア初診外来 宛

記入日 年 月 日

紹介元：

病院	科	先生
住所： _____		
主治医の連絡先電話番号（内線を含む）： _____		
緩和ケア病棟紹介の理由（複数回答可）		
<input type="checkbox"/> 患者の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 根治不能なため <input type="checkbox"/> 症状緩和のため <input type="checkbox"/> 在宅療養困難なため		
<input type="checkbox"/> 看取りのため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

患者情報：

(ふりがな)	患者氏名： _____ 様	性別： (男・女)				
生年月日： 明治・大正・昭和・平成	年	月	日 (歳)			
住 所：	_____					
電話番号：	_____					
診断名： 原発（組織型）：	_____					
	転移（骨転移があれば部位も御記載下さい）： _____					
推測する生命予後：	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	<input type="checkbox"/> 4~6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1~3ヶ月	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 2週間以内	<input type="checkbox"/> 不明
本人へのインフォームド・コンセント：						
病名（	_____）					
病状（	_____）					
予後（ <input type="checkbox"/> 説明せず						
<input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	<input type="checkbox"/> 4~6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1~3ヶ月	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 2週間以内	<input type="checkbox"/> 不明）	
生命的な危険因子（	_____）					
本人・家族への緩和ケア病棟についての説明内容	(_____)					

緩和ケア外来受診予定者：（記入日の時点）

- 本人
- キーパーソン：本人との関係と氏名（ _____ ）
- 本人、キーパーソン以外の者：（ _____ ）

- | | | | | |
|---|----------|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| { | 現在の療養先 | ： <input type="checkbox"/> 紹介元病院入院中 | <input type="checkbox"/> 他病院入院中：（ _____ ）病院 | <input type="checkbox"/> 在宅 |
| | 今後の療養予定先 | ： <input type="checkbox"/> 紹介元病院入院継続 | <input type="checkbox"/> 他病院へ転院：（ _____ ）病院 | <input type="checkbox"/> 在宅 |

緩和ケア診療情報提供書

現在の状態：

年 月 日 時点での状態

- 活動と症状：**
- 苦痛症状あり：苦痛症状の程度と活動状態
 - 苦痛様症状なく、正常活動可能
 - 軽度、正常活動可能
 - 軽度、努力すれば正常活動可能
 - 何らかの苦痛症状あり、通常業務や仕事が困難
 - 明らかな苦痛症状あり、趣味や家事を行うことが困難
 - 著明な苦痛症状あり、どんな仕事もすることが困難

苦痛症状の内容

- 疼痛：部位、性状、程度 ()
- 全身倦怠感
- 悪心、嘔吐
- 咳嗽
- 腹水
- 胸水
- 便秘異常
- 痙攣
- 嚥下困難
- 不眠
- その他 ()

安静時呼吸困難： 無 有

せん妄： 無 有：原因 ()

意識レベル： 清明 混乱 傾眠 昏睡

浮腫： 無 有：部位 ()

褥瘡： 無 有：所見、処置 ()

起居：

- 100%起居している
- ほとんど起居している
- ほとんど坐位か横たわっている
- ほとんど臥床
- 常に臥床

ADL (日常生活動作)：

- 自立
- 時に介助
- しばしば介助
- ほとんど介助
- 全介助

経口摂取量：

- 正常
- やや減少
- 減少しているが数口よりは多い
- 数口以下
- 絶飲食

挿入物：

- CVポート
- IVH
- 静脈留置
- 尿留置カテーテル
- イレウス管
- 胃管
- 腎瘻 (右、左)
- 尿管ステント
- PTC
- 食道ステント
- 気管切開チューブ
- その他 ()

血液所見 (年 月 日) (紹介日から1ヶ月以内のもの)

WBC	RBC	Hb	Ht	Plt	Seg	Lym	
Alb	BUN	Cr	AST	ALT	T-bil	ALP	
γ-GT	LDH	CK	Na	K	Cl	Ca	CRP

BS

腫瘍マーカー () _____ 、 () _____ 、

現在の処方薬：

緩和ケア診療情報提供書

現病歴：

初診日： 年 月 日

病状経過：

治療歴：

*手術療法： 無 有：(施行日 年 月 日)
術式 ()
所見 ()

*化学療法：

年 月 日 ~ 年 月 日
薬剤・投与量 () クール

年 月 日 ~ 年 月 日
薬剤・投与量 () クール

年 月 日 ~ 年 月 日
薬剤・投与量 () クール

*放射線療法：

年 月 日 ~ 年 月 日 : 部位 () Gy
年 月 日 ~ 年 月 日 : 部位 () Gy

*その他の療法：(免疫療法、ホルモン療法、民間療法など)

既往歴：(発症年齢)

薬物アレルギー ()
糖尿病 () 高血圧 () 喘息 () 緑内障 ()
前立腺肥大症 () 認知症 ()
その他 ()
感染症： MRSA 疥癬 その他 ()

最近の画像所見 (紹介日から1ヶ月以内のもの)

CT (部位： 年 月 日)
所見：)
MRI (部位： 年 月 日)
所見：)
核医学 (シンチ： 年 月 日)
所見：)

この度はご紹介頂き誠にありがとうございます。