

秋本病院 緩和ケアチェックシート 1 (症例診療)

ふりがな 患者さま氏名	性別 男・女	年齢 歳	診断名
当院からの お問い合わせ先	ご担当者様 お名前		お電話番号 () - (内線)
その他連絡事項			

以下の質問事項の該当欄の□にチェックマーク(V印)をつけるか、必要事項があればご記入ください。

<p>● 当院をご紹介いただいた経緯について</p> <input type="checkbox"/> 治癒を目的とする治療に反応しなくなったため <input type="checkbox"/> 末期状態となったため <input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> その他()	<p>● ADL</p> <p>移動 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助 <input type="checkbox"/>歩行 <input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>車椅子 <input type="checkbox"/>ストレッチャー</p> <p>食事 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助 <input type="checkbox"/>普通食 <input type="checkbox"/>お粥(分粥) <input type="checkbox"/>きざみ <input type="checkbox"/>とろみ食 <input type="checkbox"/>ミキサー食 <input type="checkbox"/>流動食</p> <p>更衣 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助 清潔 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助 <input type="checkbox"/>浴槽 <input type="checkbox"/>シャワー <input type="checkbox"/>清拭 週()回</p> <p>排泄 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助 <input type="checkbox"/>トイレ <input type="checkbox"/>ポータブル <input type="checkbox"/>尿器 <input type="checkbox"/>差込便器 <input type="checkbox"/>おむつ</p> <p>服薬管理 <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>医療者 認知症 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(程度:) 徘徊 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(状況:) 抑制 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>抑制帯 <input type="checkbox"/>離床センサー 感染症 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p>
<p>● 現疾患について</p> 初発時期 年 月 化学療法 手術 放射線療法	<p>● コミュニケーション</p> <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤等 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 意味明瞭、複雑な表現が可能 <input type="checkbox"/> 意思明瞭だが単純な表現のみ <input type="checkbox"/> 時々つじつまが合わない/傾眠 <input type="checkbox"/> 全くコミュニケーションが取れない
<p>● 現在の症状について</p> 全身状態(PS) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 疼痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) しびれ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) 呼吸困難 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 咳・痰 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食思不振 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 浮腫 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) 胸水 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 腹水 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) 便秘 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(排便間隔 日) 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(°C) その他症状 ()	<p>● 臨床的な予後予測について</p> <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 2~3か月 <input type="checkbox"/> 3~6か月 <input type="checkbox"/> 6か月以上
<p>● チューブ・ドレイン類情報</p> ドレイン <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ストーマ/ウロストミー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 気管カニューレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 末梢点滴ルート <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 中心静脈ルート <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 酸素投与 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() %/分 <input type="checkbox"/> カニューレ <input type="checkbox"/> マスク()	<p>● 告知の有無、本人の理解度について</p> <p>[病名・悪性] <input type="checkbox"/>告知 <input type="checkbox"/>未告知 <input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>気づいているだろう <input type="checkbox"/>全く知らない <input type="checkbox"/>認識不能 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>[予後・余命] <input type="checkbox"/>告知 <input type="checkbox"/>未告知 <input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>気づいているだろう <input type="checkbox"/>全く知らない <input type="checkbox"/>認識不能 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>[緩和ケア転院] <input type="checkbox"/>本人へ説明済み <input type="checkbox"/>未説明 <input type="checkbox"/>積極的 <input type="checkbox"/>消極的 <input type="checkbox"/>拒否 <input type="checkbox"/>全く知らない <input type="checkbox"/>認識不能 <input type="checkbox"/>不明</p>

ご記入いただいたシートは、面接前日までにFAXでお送りください。原本は当日面接の際にお渡しください。

2008.8.5版

FAX:092-771-9984

医療法人AGIH 秋本病院
〒810-0023 福岡県福岡市中央区警固1丁目8-3