

ふりがな 患者様氏名	性別 男・女	年齢 歳	診断名
貴院・施設名	ご担当者様		お電話番号
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（✓印）をつけるか、必要事項があればご記入ください。

●当院をご紹介いただいた経緯について ☐ 治癒を目的とする治療に反応しなくなったため ☐ 末期状態となったため ☐ 本人の希望 ☐ 家族の希望 ☐ その他（ ）		●ADL 移動 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ ストレッチャー ☐ 歩行 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 食事 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 普通食 ☐ お粥（ ）分粥 ☐ きざみ ☐ とろみ食 ☐ ミキサー食 ☐ 流動食 更衣 ☐ 自立 ☐ 介助 清潔 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 浴槽 ☐ シャワー ☐ 清拭 週（ ）回 排泄 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ 差込便器 ☐ おむつ ☐ 膀胱留置カテーテル ☐ 導尿 服薬管理 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 医療者 認知症 ☐ なし ☐ あり（程度： ） 徘徊 ☐ なし ☐ あり（状況： ） 抑制 ☐ ミトン ☐ 抑制帯 ☐ 離床センサー 感染症 ☐ なし ☐ あり（ ） ナースコール ☐ 可 ☐ 不可（ ）	
●現疾患について 初発時期時期 年 月 化学療法 手術 放射線療法			
●現在の症状について 全身状態（PS） ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 疼痛 ☐ なし ☐ あり（部位： ） ※鎮痛剤（ ） しびれ ☐ なし ☐ あり（部位： ） 呼吸困難 ☐ なし ☐ あり 咳・痰 ☐ なし ☐ あり ☐ 吸引（ ） 嘔気・嘔吐 ☐ なし ☐ あり 食思不振 ☐ なし ☐ あり 全身倦怠感 ☐ なし ☐ あり 浮腫 ☐ なし ☐ あり（部位： ） 胸水 ☐ なし ☐ あり 腹水 ☐ なし ☐ あり 褥瘡 ☐ なし ☐ あり（部位： ） ※褥瘡処置内容（ ） マットレス ☐ 除圧 ☐ エアマット ☐ その他 便秘 ☐ なし ☐ あり（排便間隔： ） 発熱 ☐ なし ☐ あり（ ）℃ その他症状（ ）		●コミュニケーション ☐ 会話 ☐ 筆談 ☐ 文字盤等 ☐ 難聴 ☐ その他（ ） ☐ 意味明瞭、複雑な表現が可能 ☐ 意思明瞭だが単純な表現のみ ☐ 時々つじつまが合わない／傾眠 ☐ 全くコミュニケーションが取れない ☐ せん妄あり（ ）	
		●臨床的な予後予測について ☐ 1ヶ月以内 ☐ 2～3ヶ月 ☐ 3～6ヶ月 ☐ 6ヶ月以上	
●チューブ・ドレーン類情報 ドレーン ☐ なし ☐ あり 人工肛門/膀胱 ☐ なし ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 膀胱留置カテーテル ☐ なし ☐ あり（ Fr/最終交換日： ） 気管カニューレ ☐ なし ☐ あり 酸素投与 ☐ なし ☐ あり（ ）L/分 点滴 ☐ なし ☐ 末梢 ☐ 中心静脈カテーテル ☐ CVポート		●告知の有無、本人の理解度について 病名・悪性 ☐ 告知 ☐ 未告知 ☐ 理解している ☐ 気づいているだろう ☐ 全く知らない ☐ 認識不能 ☐ 不明 予後・余命 ☐ 告知 ☐ 未告知 ☐ 理解している ☐ 気づいているだろう ☐ 全く知らない ☐ 認識不能 ☐ 不明 緩和ケアについて ☐ 本人へ説明済み ☐ 未説明 ☐ 同意 ☐ 消極的 ☐ 拒否 ☐ 全く知らない ☐ 認識不能 ☐ 不明	
●身長・体重 （ ）cm /（ ）kg・（ ）時点・健康時（ ）kg			