

緩和ケア病棟を希望される患者様へ

氏名： _____ 性別： _____ 生年月日： _____

住所： _____

TEL： _____

これまでかかっていた医療機関および主治医名

[_____]

- ① 病気について誰からどのように説明されていますか（病名や病状などできるだけ具体的にお願いします）

[_____]

- ② あなた自身、今病気はどのような状態にあると思っていらっしゃいますか

[_____]

- ③ 今、つらいことはなんですか

[_____]

- ④ 緩和ケア病棟はどのようなところだとお考えですか

[_____]

- ⑤ 緩和ケア病棟を希望される理由はなんですか

[_____]

⑥ 入院により何かお困りのことはありますか

[]

⑦ 現在心配なことお聞きになりたいことはありますか

- 現在の病状について 今後の見通しについて 今の苦痛がとれるかどうか 緩和ケア病棟はどのような医療をおこなうのか
民間療法などはできるのか 経済的なことについて
その他 ()

⑧ 今後病気の説明をどの程度うけたいですか

- 詳しくうけたい 自分が望むときだけうけたい
うけたくない (知りたくない)
その他 ()

⑨ 病気のことを聞く場合

- 1人がいい 他の人と一緒(続柄) どちらでもいい

⑩ 入院時部屋の希望はありますか

- 有料 無料 早ければどちらでもいい

⑪ 症状が落ち着いたら自宅での療養を希望されますか

- 希望する 希望しない

⑫ 緩和ケア病棟の見学を希望されますか

- 希望する 希望しない 見学済み

自筆者署名 (代筆者署名)

平成 年 月 日

ご記入ありがとうございました

緩和ケア病棟を希望されるご家族の方へ

患者様の氏名： _____ 性別： _____
生年月日： _____ 年齢： _____
ご記入者の氏名： _____ 性別： _____ 続柄： _____
住所： _____
TEL： _____

① 病気について患者様本人は、医師からどのように説明されていますか

[]

② 患者様ご本人は説明内容について、どのように理解されていると思われますか

[]

③ 病気についてご家族（あなた）は、医師からどのように説明されていますか

[]

④ ご家族（あなた）が緩和ケア病棟を希望される理由は何ですか

[]

- ⑤ 現在心配なこと、お聞きになりたいことはありますか
□現在の病状について □今後の見通しについて □今の苦痛がとれるかどうか □緩和ケア病棟はどのような医療をおこなうのか
□民間療法などはできるのか □経済的なことについて □その他
()
- ⑥ 延命治療（人工呼吸器、心臓マッサージ）についてどうお考えですか
□希望する □希望しない
□その他 ()
- ⑦ 入院時部屋の希望はありますか
□有料 □無料 □早ければどちらでもいい
- ⑧ 症状が落ち着いたら自宅での療養を希望されますか
□希望する □希望しない
- ⑨ その他ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください

(記入者署名)

平成 年 月 日

ご記入ありがとうございました

『緩和ケア情報シート』（看護師用）

担当ナースの方へ

患者名： _____

記載者名： _____

所属： _____

記入日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ADLについてお尋ねします

① 身体状況

- 1) 麻痺 有 (_____) 無
- 2) 関節拘縮 有 (_____) 無
- 3) 皮膚疾患 有 (_____) 無
- 4) 寝返り できる できない (体位変換 要 否)
- 5) 起き上がり できる つかまればできる できない
- 6) 座位保持 できる 支えればできる できない
- 7) 立ち上がり できる つかまればできる できない
- 8) 歩行 できる 一部介助 (杖 歩行器 その他: _____)
できない
- 9) 車椅子移乗 できる (自走 可 不可) 一部介助 全介助
- 10) 喀痰吸引 有 無
- 11) ベッド エアマット その他 (_____)
- 12) 酸素使用 有 (_____) 無

② 食事

- 1) 食事内容 種類 (_____) Kcal
- 2) 自分で食べられる 介助 (セッティング 全介助)
胃ろう NG チューブ IVH
- 3) 水分 むせる むせない
- 4) 口腔 義歯 部分義歯 自歯

③ 排泄

- 1) 尿 自立 オムツ 留置カテーテル
- 2) 便 自立 オムツ 人工肛門
トイレ使用 ポータブルトイレ使用
- 3) 排泄時移動 できる 一部介助 全介助

『緩和ケア情報シート』（医師用）緩和ケア病棟を依頼される医師の方へ

患者氏名： _____ 性別： _____

生年月日： _____ 年齢： _____

① 簡単な病歴をお願いします

[_____]

② 診断

1) 原疾患： _____ 原発部位： _____

2) 病理診断： _____ 確定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3) 転移・再発 脳 肺 肝 副腎 腹膜 骨 (_____)
リンパ節 (_____) その他 (_____) 不明・未検査

5) 合併症 意識障害 せん妄 呼吸困難 胸水 腹水
歩行障害 抑うつ 難治性浮腫 褥そう (_____)
その他 (_____)

6) 既往歴： _____

③ これまでの治療

1) 外科的治療 無
有 手術年月日 _____ 術式 _____

2) 放射線治療 無
有 照射部位 _____ 総線量 _____ 時期 _____

3) 化学療法・内分泌療法・免疫療法 無
有 治療薬 _____ 時期 _____

④ 現在の治療

1) 現在の処方内容（点滴内容・量などふくむ）

2) 栄養

- 経口 (内容と摂取量)
経腸 [胃ろう 腸ろう 経鼻胃管] 内容と投与量
末梢輸液
TPN[CV カテーテル (挿入部位) CV ポート (挿入部位)
3) 装着されているチューブ類 無 有 ()

⑤緩和ケア病棟紹介経緯

- 治癒を目的とした治療に反応しなくなったため 本人の希望
末期状態になったため 家族の希望
その他 (具体的に) ()

⑥病名・病状告知状況とその理解度

- 患者 全告知 部分告知* 未告知* *の理由 ()
十分理解している ある程度理解している 理解しているか疑わしい
理解不能
家族 全告知 部分告知* 未告知* *の理由 ()
十分理解している ある程度理解している 理解しているか疑わしい
理解不能

⑦予後の告知の有無とその理解度

- 患者 告知あり 内容 () 告知なし
十分理解している ある程度理解している 理解しているか疑わしい
理解不能
家族 告知あり 内容 () 告知なし
十分理解している ある程度理解している 理解しているか疑わしい
理解不能

⑧DNR order について

- 患者 了承している 蘇生を希望 未説明
家族 了承している 蘇生を希望 未説明

⑨臨床的予後予測

- 6ヶ月以上 3~6ヶ月 3ヶ月程度 1ヶ月程度 週単位
日単位 急変可能性あり その他 ()

⑩感染症 (HC、HB、など) データがございましたらコピーをお願いします。また、血液データ、画像などできるだけお貸しいただければ幸いです。

*ご記入ありがとうございました

記入年月日: _____

医療機関名: _____ 科 医 師 名: _____