緩和ケア内科外来・入院相談シート

紹介時点で作成をお願いいたします。●欄は必ず記入してください。看護要約による代用でも構いません。

記入日：（　　年　　月　　日）

記入者：（　　）　職種：（　　）

フリガナ		性別	生年月日			
氏名		□男 □女	□明治　□大正 □昭和　□平成	年	月	日

●病名・病状の告知　（告知日：　　年　　月　　日）		
本人	□済　□未	具体的説明(　　)
家族	□済　□未	具体的説明(　　)

●今後の療養に関する想い　（確認日：　　年　　月　　日）	
本人	内容(　　)
家族	内容(　　)

●家族構成	□独居　□同居者(　　)
●キーパーソン	氏名(　　)　年齢（　　）　続柄（　　）
●介護保険申請	□未　□申請中　□有　介護度(　　)
●サービス利用状況	
●担当ケアマネジャー	事業所(　　)　氏名(　　)
●その他利用中の制度	□身障手帳　□療育手帳　□精神保健福祉手帳　(　　)級 □指定難病　□生活保護　□その他(　　)
身体症状	□痛み　□倦怠感　□発熱　□呼吸困難　□食欲不振　□嚥下困難　□便秘　□下痢 □腹水　□胸水　□浮腫(箇所：　　)　□褥瘡(箇所：　　) □その他(　　)
精神状態	□安定　□不安定　□せん妄　□認知機能障害
食事	□経口摂取／□自立　□一部介助　□全介助　食形態(　　)　食事量(　　) □経管栄養／□経鼻　□胃ろう　□腸ろう　回数・種類(　　)
排泄	□トイレ　□ポータブルトイレ　／　□自立　□介助 □オムツ　□尿道カテーテル　□ストーマ(　□消化管　□尿路　)
移動	□独歩　□杖　□歩行器　□車椅子　／　□自立　□介助　□ストレッチャー
保清	□清拭　□一般浴　／　□自立　□介助　□機械浴
意思疎通	□正常　□多少困難　□不能
意思決定能力	□正常　□多少困難　□不能
コミュニケーション方法	□会話　□筆談　□その他(　　)
●医療処置	□点滴　(□末梢　□CV　□皮下)　□酸素吸入　(　　)L □吸引　(　　)回/日　□気管切開　カニューレ種類(　　) □その他(　　)