

緩和ケアについての情報提供書（病状・治療）（医師用）

ID 患者名	性別	生年月日 年 月 日	年齢 歳
キ-パ-リツ（ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
病名			
緩和ケアを紹介された理由は何ですか（複数回答可） <input type="checkbox"/> がんに対する治療の効果が期待できなくなったため <input type="checkbox"/> 本人が希望している <input type="checkbox"/> 家族が希望している <input type="checkbox"/> 症状のコントロール目的 <input type="checkbox"/> 終末期の看取り <input type="checkbox"/> その他（ ）			
患者さんは緩和ケアへの紹介を知らされていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
病状の説明（説明してあるもの全てに☑してください） 患者さまに対して説明を行った時期（ ）頃 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 転移・再発 <input type="checkbox"/> 予後（具体的には ） <input type="checkbox"/> 急変の可能性 <input type="checkbox"/> 説明したが理解されていない <input type="checkbox"/> 説明していない（その理由は、 ） 説明内容 { } ご家族（名前： 続柄： ）に対して説明した時期（ ）頃 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 転移・再発 <input type="checkbox"/> 予後（具体的には ） <input type="checkbox"/> 急変の可能性 <input type="checkbox"/> 説明したが理解されていない <input type="checkbox"/> 説明していない（その理由は、 ） 説明内容 { }			
予測される予後 <input type="checkbox"/> 6カ月以上 <input type="checkbox"/> （ ）カ月 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 急変の可能性が高い			
現在の処方内容			
PS <input type="checkbox"/> 0：発症前と同じ日常生活が制限なく行える <input type="checkbox"/> 1：軽度の症状があるが歩行、軽労働や座業は可 <input type="checkbox"/> 2：歩行や身の回りのことはできるが、時に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3：身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要 <input type="checkbox"/> 4：身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている			
認知 認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声をだす <input type="checkbox"/> 暴力 理解力の低下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
その他診療で留意すべき点がございましたら、お書きください			
記入年月日 年 月 日 医療機関名： 医師名：			

ご記入ありがとうございました 主な検査データ、画像フィルムをお貸しいただければ幸いです  
 済生会今治病院