（　     　     　     　）

**緩和ケア病棟入棟依頼書（医師用）**

（記載者）     　　（診療科）     　　（発行日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID |  | | | | | | | | 生年月日 | | |
| 患者氏名 |  | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | |
| TEL自宅 | （     ） | | | | | | | | | TEL携帯 | （     ） |
| 病　名 |  | | | | | | | | | 既往歴 |  |
|  | | | | | | | | | |  | |
| 病　　歴 | |  | | | | | | | | 家族構成（同居・別居が分かるように） | |
|  | | | | | | | | | | ・キーパーソン、主な介護者 | |
| 身体所見 | | |  | | | | | | | | |
| しましまにんげん＜身体症状の分布と重症度＞   * 0〜10でご記入下さい   　　（10を最大の苦痛とする）     1. 痛み （） 2. 呼吸困難 （） 3. 倦怠感 （） 4. 発熱 （） 5. 口渇 （） 6. 咳 （） 7. 痰 （） 8. 食欲不振 （） 9. 腹部膨満感 （） 10. 浮腫 （） 11. 便秘 （） 12. その他（具体的に） | | | | | | | | | | | |
| 精神的所見 | | | | | 【内容】 | | | | | | |
| １.不安　　なし　ある　（     ）  ２.抑うつ　なし　ある　（     ）  ３.せん妄　なし　ある　（     ）  ４.不眠　　なし　ある　（     ）  ５.眠気　　なし　ある　（     ）  ６.その他　なし　ある　（     ） | | | | | | | | | | | |
| 現在の身体活動（ＰＳ） | | | | | | |  | | | | |
| 0.　問題なし  1.　軽度の症状があるも軽い労働は可能  2.　時に介助が必要、一日の半分以上は起きている  3.　しばしば介助が必要、一日の半分以上は臥床している  4.　時に介助が必要、終日臥床している | | | | | | | | | | | |
| 予後予測 | | | |  | | | | | | | |
| 1ヶ月以内　 1–3ヶ月　 3–6ヶ月 　 6ヶ月以上 　 不明 | | | | | | | | | | | |
| 病名・病状説明について | | | | | |  | | | | | |
| １.　患者へ説明　　【いつ頃】     年     月     日  病名のみ　転移・再発も含めて　予後も含めて　説明していない  （説明内容）  ２.　家族へ説明　　【いつ頃】     年     月     日 【誰に】  病名のみ　転移・再発も含めて　予後も含めて　説明していない  （説明内容）  ３.　がんの積極的な治療は行わないことを患者・家族に説明した　　はい　いいえ  ４.　痛みなどの苦痛に対する治療が中心になることを説明した　　　はい　いいえ  ５.　患者は緩和ケア病棟への入棟を同意している　　　　　　　　　はい　いいえ  ６.　家族は緩和ケア病棟への入棟を同意している　　　　　　　　　はい　いいえ | | | | | | | | | | | |
| 看護師・スタッフからの意見 | | | | | | | |  | | | |
| 氏名） | | | | | | | | | | | |