

患者さんの状態について

以下患者さんの状態について、主治医の先生にご回答願います。

年 月 日 主治医名：

施設名：

所属科：

患者氏名 _____ 年齢 歳 性別 男・女

原疾患（緩和ケア病棟入院の理由となる疾患） _____

1. 予測される予後はどのくらいですか？ 週単位 1～3ヶ月 3～6ヶ月 6ヶ月以上
2. 本人へがんの告知はされていますか？ はい いいえ
3. 化学療法を含めた積極的治療を施行中ですか？ はい いいえ
4. 放射線療法を施行中ですか？また施行する予定はありますか？ はい いいえ

放射線療法の目的

5. 濃厚赤血球を含めた血液製剤を投与する適応はありますか？ はい いいえ
6. 患者さんは代替療法や民間療法を希望されていますか？ はい いいえ
7. 病状、予後の告知について
本人への告知の有無 病状のみ告知 病状予後すべて告知 どちらも未告知
家族への告知の有無 病状のみ告知 病状予後すべて告知 どちらも未告知
8. 患者さんの病状理解は良好ですか？ はい いいえ どちらともいえない
9. 患者さんの全身状態について PS 0 1 2 3 4

10. 患者さんの症状について、該当する項目を○で囲んでください

①痛み なし あり 部位 _____ 対処方法 _____

②倦怠感 なし あり

③安静時呼吸困難 なし あり

④悪心・嘔吐 なし あり ありの場合、対処法： _____

11. 患者さん・ご家族は在宅療養を希望されていますか？ はい いいえ

12. 介護保険は申請していますか？

未申請 申請中

認定済→介護度： _____ 事業所名： _____ 担当者名： _____

KKR 札幌医療センター 緩和ケア病棟

KKR 札幌医療センター緩和ケア病棟面談用 ADL シート

看護師あるいは介護者の方に記載していただく書類です。

入院を希望する方の状況の記載をお願いします。看護要約等で、下記の内容がわかる場合は不要です。

患者氏名 _____

障害者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B-1	<input type="checkbox"/> B-2	<input type="checkbox"/> C-1	<input type="checkbox"/> C-2
身体状況	移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	座位保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 不可			
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可				
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	（ <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 ）			
	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
食事	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> セッティング	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 人工栄養（胃瘻・腸瘻・IVH）					
	内容	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> とろみ		
	経口摂取量	<input type="checkbox"/> 8-10割	<input type="checkbox"/> 1-7割	<input type="checkbox"/> 数口以下	<input type="checkbox"/> 全く食べられない		
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器・尿瓶		<input type="checkbox"/> オムツ	
		<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル		<input type="checkbox"/> 腎瘻		
排便		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> ストマ		
清潔	入浴種類	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴介助	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 特殊浴	<input type="checkbox"/> 清拭		
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
身体症状	痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（部位		対処法		）
	食欲	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 軽度から中等度低下		<input type="checkbox"/> 数口以下		
	倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（酸素投与 L/min 鼻カヌラ・マスク・リザーバー付マスク）				
コミュニケーション	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや良い	<input type="checkbox"/> 乏しい			
	視力障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（眼鏡使用		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり）	
	聴力障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（補聴器使用		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり）	
精神症状など	認知機能	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 認知機能低下疑い		<input type="checkbox"/> 認知症		
	意識障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（不穏・傾眠）				
	不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	薬剤使用		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（

緩和ケア病棟について

以下の質問にはできるだけご本人がご回答ください。記載・回答ができない場合は医療者やご家族の方が代筆あるいは代理で回答いただいて結構です。代筆あるいは代理でどなたかが回答された場合は代筆者あるいは代理回答者の方のお名前と続柄（職種）をお書きください。

年 月 日 患者名 _____ 年齢 歳 性別 男・女
代筆者名 _____ 続柄（職種）： _____
代理回答者 _____ 続柄（職種）： _____

1. 主治医の先生から病名をお聞きになっていませんか？ はい・いいえ
「はい」と答えられた方におたずねします。どのような説明を受けましたか？

2. 緩和ケア病棟では、ご病気を治すための手術や抗癌剤投与は行わず、つらい症状を楽にするためのケアを行います。ご意向に合っていますか？ はい・いいえ
「いいえ」の場合は理由をお書きください。

3. 今後希望されることは何ですか？○をつけてください。複数でもかまいません。
(痛みや苦しみがないようにしてほしい・可能な限り自宅で過ごせるようにしてほしい・趣味や外出を楽しみたい・家族と過ごす時間を大切にしたい・とくになし
・その他 _____)

4. 当院の緩和ケア病棟を希望される理由は何ですか？○をつけてください。複数でもかまいません。
(主治医からすすめられた・ご自身やご家族の自宅が近い・インターネットでしらべた・知人や家族や親戚からすすめられた・とくに理由はない
・その他 _____)

入院時感染対策チェックシート(転院用)

下記の内容を転院前日に記載し、当院地域連携室までファックスをお願いいたします。

FAX 番号:011-841-4572

患者名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

<p>*本日から過去2週間のご本人の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所から COVID-19 感染症の濃厚接触者と指定された(有・無) ・COVID-19 の PCR 検査、抗原検査、抗体検査を受けた(有・無) ・道外から来た人と接触した(有・無) ・COVID-19、インフルエンザ感染者あるいは疑いの人と接触した(有・無) ・家族と面会した(有・無) 有の場合、面会した人物(本人との関係)、日時、接触時間をお書きください (例:○月×日 □時～△時 夫 _____) ・外出あるいは外泊、一時退院をされた(有・無)有の場合、日時をお書きください (_____)

<p>*本日から過去2週間の症状について</p> <p>発熱(37度以上、あるいは平熱より 1.5 度以上)があれば体温を、呼吸器あるいは消化器症状、倦怠感、味覚・嗅覚障害の症状があれば記載してください。該当する症状がない場合は記載不要です。</p>							
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器症状							
消化器症状							
その他							

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日 (本日)
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器症状							
消化器症状							
その他							