

(情報シート)

緩和ケアを希望される患者様について、下記の情報をお知らせください。

患者氏名( ) 住所( ) 生年月日 年 月 日・ 歳 男・女 TEL( )
保険・福祉 介護保険
関係医療機関 ( ) ( ) ・施設名 入院中 在宅中 通院中 訪問診療 訪問看護

【病気について】

病名:( )  
転移等:( )  
既往症:( )  
治療について:継続中・終了 内容( )  
辛い症状や痛み: 無・有 内容( )  
入棟を希望された動機: 医師の勧め 本人の希望 家族の希望( )  
病名・病状の告知: 全て告知済 一部告知済 告知されていない(理由 )  
緩和ケア病棟についての理解:( )から説明を受けた 患者自身が調べている  
よく知らない 緩和ケアに相談していることを知らない

【日常生活について】

食事: 自立 一部介助 全介助 内容( ) 量( ) 経管(鼻・胃) 点滴 IVH  
移動: 自立 見守り歩行 介助歩行 歩行不可 車イス 杖 ストレッチャー  
排泄: 自立 見守り 一部介助 全介助( トイレ ポータブルトイレ オムツ 尿器 バルーンカテーテル)  
会話: できる 少しかできる できない 意思疎通できる( )  
酸素: 無・有  
認知症: 無・有(具体的な症状 )  
その他:( )

【ご家族等について】

家族構成( )

キーパーソン: 氏名( )・連絡先( )

患者さんとの関係:( )

記入日: 年 月 日 記入者 所属:( )

氏名:( )

(MSW・Ns・Dr・家族・その他)