

緩和ケア診療情報提供書

町田市民病院 緩和ケア

1) 紹介元医療機関

_____ 病院・医院・クリニック
_____ 科・部
_____ 先生

所在地 _____
電話番号(内線) _____ (_____)
FAX _____

緩和ケア病棟の紹介に至った理由(複数回答可能)

- 患者の希望 家族の希望 症状の緩和のため 看取りのため
その他(_____)

2) 患者情報

(ふりがな)

患者氏名 _____ 性別 (男性 ・ 女性)
生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____年 _____月 _____日 (_____歳)
(西暦 _____年)
住所 _____ 電話番号 _____

診断名 悪性腫瘍の原発臓器 _____
悪性腫瘍の転移臓器 _____

推測し得る生命予後 1週間以内 2週間以内 1ヶ月以内 1～3ヶ月
4～6ヶ月 6ヶ月以上 推測困難

本人への説明 病名 _____
病状 _____
予後 説明していない
1週間以内 2週間以内 1ヶ月以内 1～3ヶ月
4～6ヶ月 6ヶ月以上 推測困難
説明日時 _____年 _____月頃

家族への説明 病名 _____
病状 _____
予後 説明していない
1週間以内 2週間以内 1ヶ月以内 1～3ヶ月
4～6ヶ月 6ヶ月以上 推測困難
説明日時 _____年 _____月頃

緩和ケア病棟についての説明内容

本人 _____
家族 _____

家族構成(可能な範囲でお願いします)

緩和ケア外来を受診される方

- 本人
 家族(氏名： _____ 本人との関係 _____)
 家族以外(氏名： _____ 本人との関係 _____)

今後の病状説明等で中心になられる方(キーパーソンになられる方)

氏名： _____ 本人との関係 _____

現在の療養先

- 紹介元医療機関に入院中 紹介元医療機関以外に入院中 在宅

今後の療養予定

- 紹介元医療機関に入院 紹介元医療機関以外に入院 在宅

3) 現病歴

貴施設の初診日 _____年 _____月 _____日

病歴および経過

手術療法 無
有 _____年 _____月 _____日 術式{ _____ }
治療施設 _____

化学療法 無
有
使用薬剤(使用回数) _____(回)
治療施設 _____

放射線療法 無
有
照射部位(照射量) _____(Gy)
治療施設 _____

その他の治療法(免疫療法、ホルモン療法など 例：丸山ワクチン)

1. _____

2. _____

既往歴 高血圧 糖尿病 喘息 聴力障害
認知症 認知症以外の精神疾患(_____)
白内障 緑内障 排尿障害 前立腺肥大

感染症 肝炎(B型 C型 その他の肝炎)
梅毒 HIV MRSA その他

4) 現在の状態 (_____年 _____月 _____日の状態)

日常生活

苦痛症状はない

苦痛症状がみられる

(通常の生活はできる 通常の生活が難しい 著明な苦痛がある)

症状の部位 _____

症状の内容 疼痛 倦怠感 悪心、嘔吐 腹満感

呼吸苦 不眠 その他(_____)

意識レベル 清明 混乱 傾眠 昏睡

せん妄 無 有

褥創 無 有

浮腫 無 有

ADL (日常生活動作) 自立 時に介助 ほぼ介助 全介助

挿入物 胃瘻 腸瘻 中心静脈留置ポート 中心静脈カテーテル

胃管 イレウス管 食道ステント 腎瘻、尿管ステント

胆汁瘻(胆道ステント、PTCD、PTGBD など)

その他(_____)

栄養摂取 経口による (正常 減少 極少量)

胃瘻または腸瘻による 静脈栄養による