

札幌厚生病院 緩和ケア内科外来受診患者 情報用紙

【診療情報提供書と共に送信をお願いします】

記載日	年 月 日	施設名		記載者			
(フリガナ)		生年月日	年 月 日 ()歳	性別	男・女		
(患者氏名)							
住所				電話			
家族連絡先	①氏名	続柄()	電話(自宅・携帯):				
	②氏名	続柄()	電話(自宅・携帯):				
キーパーソン:	続柄()		主な介護者: 続柄()				
患者の病状理解 (○か×)	病名()	進行度()	予後()	主治医の予後予測:			
診断名:	転移部位						
合併症:							
依頼内容	#1						
	#2						
	#3						
受診の説明と理解							
現在のPS	□0 □1 □2 □3 □4			感染症	HBs抗原 (+ ・ - ・ 未)		
栄養	□経口(自立 介助 □経管 □TPN □胃瘻 □その他				HCV抗体 (+ ・ - ・ 未)		
排泄	□自立 □尿管留置 □ポータブルトイレ □オムツ □ウロストミー □コロストミー				梅毒 (+ ・ - ・ 未)		
清潔	□入浴 □シャワー □清拭				HIV (+ ・ - ・ 未)		
移動	□独歩 □杖使用 □歩行器 □車椅子 □ストレッチャー				伝染性疾患 ()		
意識	見当識障害	□無 □有	介護区分	要支援	□1 □2	障害者認定	□無 □有
	せん妄	□無 □有		要介護	□1 □2	内容()	等級()
	睡眠障害	□無 □有	介護申請	□3 □4 □5	CVポート	□無 □有	
	認知症	□無 □有		□ 未申請	酸素投与	□無 □有 (L)	
	精神障害	□無 □有		□ 申請中	ドレナージ	□無 □有 (種類)	

患者への緩和ケア病棟入棟基準の説明と確認をお願いします(必須)

下記の項目にチェックをお願いします

- がんの進行期で積極的抗がん治療の適応がない方を対象としています。
- 患者および家族共に、現在の病状をよく理解し、手術や化学療法等の治療を行わず、主として症状緩和を目的とした治療を希望する方の中で、
 - 入院による集中的な身体・精神的苦痛の緩和が必要な方
 - 予後が迫り、在宅療養が困難になったと判断される方
 - レスパイト入院が必要な方
- 以下に該当しません。
 - 緩和すべき苦痛がなく、介護が入院の主たる目的となる場合
 - 積極的がん治療終了から間もなく、現在の苦痛の原因がその副作用と判断される場合

入院除外基準

1. 症状が抗がん剤治療の副作用と考えられる
2. 入院で緩和すべき症状がなく療養目的である
3. 免疫療法を継続している
4. 透析治療を継続している

送信先:

FAX/電話 011-261-0515 札幌厚生病院地域連携室