

緩和ケア病棟入院相談申込書

(医療機関用)

PS0(無症状)	PS3(半日以上就床)
PS1(軽い制限)	PS4(終日就床)
PS2(半日以上起居)	

記載日	年 月 日	記載者名	所属		
フリガナ 氏名	□男 □女		年 月 日 (歳)		
住所	Tel				
①家族氏名:		Tel	②家族氏名: Tel		
現在の療養場所	□自宅 □医療機関 □施設		名称		
申込理由	<input type="checkbox"/> 終末期 (今後、積極的治療の予定はない) <input type="checkbox"/> 症状コントロール <input type="checkbox"/> レスパイト (希望日・期間:)				
病名・既往					
推定予後			PS	□0 □1 □2 □3 □4	
病名告知	本人	□無(その理由) □有(どのように)			
	家族	□無(その理由) □有(誰にどのように)			
予後告知	本人	□無(その理由) □有(どのように)			
	家族	□無(その理由) □有(誰にどのように)			
身体症状	疼痛	□無 □有	(部位:)		
	浮腫	□無 □有	(部位:)		
	呼吸困難	□無 □有	倦怠感	□無 □有	排尿障害 □無 □有
	発熱	□無 □有	口渇	□無 □有	排便障害 □無 □有
	咳・痰	□無 □有	食欲不振	□無 □有	その他
	嘔気・嘔吐	□無 □有	腹部膨満	□無 □有	()
精神症状	不安	□無 □有	()	抑うつ □無 □有 ()	
	せん妄	□無 □有	()	不眠 □無 □有 ()	
	眠気	□無 □有	()	幻聴 □無 □有 ()	
	不穏	□無 □有	()	その他 ()	
	認知症	□無 □有	()	()	
ADL	移動	□ベッド上 □車いす □歩行器 □杖 □独歩			
	食事	□経管栄養() □高カロリー 経口摂取(□介助 □自立)			
	排泄	□オムツ □PTイレ □バルーンカテ □ストーマ □トイレ介助 □自立			
会話	話の理解	□良好 □概ね良好 □簡単な内容	□困難 ()		
	意思表示	□良好 □概ね良好 □簡単な内容	□困難 ()		
	難聴	□無 □有 (□右 □左 補聴器 □有 □無)	()		
その他	酸素	□無 □有 (L)	ポンプ	□無 □有 (種類:)	
	サクシオン	□無 □有 (頻度)	エアマット	□無 □有 (種類:)	
	センサーマット	□無 □有	褥瘡	□無 □有 (部位:)	
	CV	□無 □ポート □カテーテル (挿入部:)			
	感染症	□無 □MRSA □HBV □HCV □その他()			
アルコール	□無 □有 (ml/日)	タバコ	□無 □有 (本/日)		
特記事項					

JA北海道厚生連 旭川厚生病院

本申込書の他、診療情報提供書、PaP・PPI、直近の画像と血液検査データ等を添えてください。