

いづろ今村病院緩和ケア病棟 連携シート①

病院名 _____

医師名 _____

フリガナ
患者氏名 _____ (_____ 歳) 男 女 入院中 外来通院中

1. 依頼目的(重複記載可)

- 苦痛症状緩和 終末期ケア 在宅療養への移行 レスパイト入院
本人が希望するため 家族が希望するため 緊急性があるため
その他(_____)

2. 現在のことを教えてください

- ・主な症状(_____)
・特記すべき合併症(_____)
・PS(_____)
・医療用麻薬 無 有(薬品名・量・投与方法: _____)

3. 現時点で病気や病状について、どこまで説明や告知をしたか

[患者さん本人に対して]

- ・時期: _____ 年 _____ 月頃 (治療前 治療中 治療後)
癌であることを告知していない 病名のみ(癌であることのみ)
転移再発部位や広がりを含めて 余命を含めて
・告知後の印象(_____)

[家族に対して]

- ・時期: _____ 年 _____ 月頃 (治療前 治療中 治療後)
癌であることを告知していない 病名のみ(癌であることのみ)
転移再発部位や広がりを含めて 余命を含めて
・告知後の印象(_____)

4. 今後のご希望

[症状が悪くなった場合]

- ・在宅での看取り 希望する 希望しない

[症状が落ち着いた場合]

- ・癌の治療 継続する 継続しない わからない
・療養場所 自宅 病院 施設

5. 患者さんの臨床的な予後はどれくらいあると考えるか

- 6ヶ月以上 3ヶ月以上 3ヶ月以内 1ヶ月以内
週単位 日単位 急変あり
・転移箇所(_____)
・生命予後を規定する病変(_____)

連携シート②(患者情報)

病院名 _____

担当者(看護師)名 _____

【基本情報】

1. 患者名(イニシャル) _____
2. 年齢 歳 (男・女)
3. 住所 市 町
4. キーパーソン 無 有 続柄()
5. 保険 無 有 生保
6. 介護保険 無 有 (要支援 要介護) 申請中(月 日)
7. 病状認識 本人()
家族()

家族構成

【日常生活】 重複記載可

8. 食事(経口) 自立 一部介助 全面介助 えん下困難
食事内容 常 治療食 軟菜食 嚥下食 流動 絶食 絶飲食
9. 栄養 経管栄養(胃ろう・腸ろう) 高カロリー輸液(IVH・CVポート)
10. 排泄 自立 一部介助 全面介助 尿管留置 導尿
オムツ(日中・夜間) 人工肛門 人工膀胱 その他
11. 移動 歩行 杖歩行 車いす 歩行器 その他
12. 清潔 自立 一部介助 全面介助 入浴 シャワー浴 機械浴 清拭
13. 整容 自立 一部介助 全面介助
14. 意思疎通 問題なし 問題あり(筆談・難聴・手話・認知症・せん妄・意識レベルの低下)
15. 問題行動 無 有 ()
16. 症状 疼痛 嘔気 便秘 下痢 しびれ 浮腫 呼吸困難感 倦怠感
腹満感 不安 その他()
17. 処置医療 末梢点滴 経管栄養 CV・ポート IVH バルンカテーテル
ストーマ インシュリン ペースメーカー 褥瘡 吸引(頻度 回/日)
気管切開 酸素(分/分) その他()
18. 薬管理 自立 看護師・家族管理
19. 病室の希望 無料個室 有料個室(トイレ付き)3,300 円
有料個室(トイレ、フロ付き)5,500 円
有料個室(トイレ、フロ、ミニキッチン、畳スペース付き)7,700 円
できるだけ早く入院できるなら、どの病室でもよい