

# 緩和ケア病棟入院依頼書

年 月 日

氏名	様			病名		
	歳	男・女			転移	
キーパーソン	様			TEL	①	
	本人との関係( )				②	
紹介元	病院名				治療	<input type="checkbox"/> 抗癌剤 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 代替療法 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	紹介者		TEL			<input type="checkbox"/> 空き次第、入院希望 <input type="checkbox"/> できるだけ在宅、必要時 <input type="checkbox"/> 外来に通院し、必要時
現在の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 在宅療養中 <input type="checkbox"/> 施設入所 在宅医( 往診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )				入院希望	<input type="checkbox"/> 空き次第、入院希望 <input type="checkbox"/> できるだけ在宅、必要時 <input type="checkbox"/> 外来に通院し、必要時
	・症状: <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 嘔気嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> 使用 ・ADL: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> ほぼ寝たきり <input type="checkbox"/> 完全寝たきり ・排泄: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ ・食事摂取量: <input type="checkbox"/> ほぼ全量 <input type="checkbox"/> 半分程度 <input type="checkbox"/> 2~3割程度 <input type="checkbox"/> 数口程度 <input type="checkbox"/> 絶食 ・栄養: <input type="checkbox"/> 経管(経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 高カロリー輸液                   CVルート( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ・精神面: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> せん妄あり <input type="checkbox"/> 認知症あり ・ドレーン、医療器具( 交換予定: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ・創傷処置など( ) ・リハビリ: <input type="checkbox"/> 現在実施中					病状理解
緩和ケア説明内容	<input type="checkbox"/> がんの積極的治療、延命処置は行わないことを患者・家族に説明した <input type="checkbox"/> 痛み等の苦痛に対する治療が中心になることを説明した <input type="checkbox"/> 患者は緩和ケア病棟への入院に同意している <input type="checkbox"/> 家族は緩和ケア病棟への入院に同意している					
その他気になる事						