

# ビハラー病棟紹介依頼書

記載日 年 月 日

フリガナ 患者様氏名： (男・女) 生年月日 年 月 日生( 才)	診断名・予後 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3~6ヶ月 <input type="checkbox"/> 2~3ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 不明
【依頼目的】 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 外来通院での症状コントロール <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
【最初に緩和ケアを勧めた人】 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族等の勧め： <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 医療関係者の勧め： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> その他 ( )	
【紹介した経緯】 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 症状コントロール <input type="checkbox"/> 終末期の看取り <input type="checkbox"/> その他 ( )	
【告知について】 [本人へ] <input type="checkbox"/> 予後も含め告知している <input type="checkbox"/> 転移・再発も含め告知している <input type="checkbox"/> 病名のみ告知している <input type="checkbox"/> 未告知[理由： ] [家族へ] <input type="checkbox"/> 本人への説明と同内容 <input type="checkbox"/> 予後も含め告知している <input type="checkbox"/> 転移・再発も含め告知している <input type="checkbox"/> 病名のみ告知している <input type="checkbox"/> 未告知[理由： ]	
【ビハラー病棟への説明について】	【受け止め】
[本人へ] <input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的( ) <input type="checkbox"/> 拒否( ) <input type="checkbox"/> 不明
[家族へ] <input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的( ) <input type="checkbox"/> 拒否( ) <input type="checkbox"/> 不明
【現在の症状について】 <input type="checkbox"/> 特になし ※最も強いものは線を引いてください	
<input type="checkbox"/> 疼痛 [部位： ]	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 黄疸
<input type="checkbox"/> 痺れ [部位： ]	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹水
<input type="checkbox"/> 浮腫 [部位： ]	<input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 発熱( )℃ <input type="checkbox"/> 便秘
<input type="checkbox"/> 褥瘡 [部位： ]	<input type="checkbox"/> 処置[ ]
<input type="checkbox"/> 麻痺 [部位： ]	<input type="checkbox"/> その他症状[ ]
<input type="checkbox"/> 感染症： MRSA( ) 緑膿菌( ) HCV( ) HBs( ) その他( )	
【医療処置について】 <input type="checkbox"/> 特になし	
<input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストーマ/ウロストミー <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与( )%分( <input type="checkbox"/> カニューレ <input type="checkbox"/> マスク) <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養・胃瘻 <input type="checkbox"/> その他( )	
【日常生活について】	
移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り / <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り / 食事形態[ ]	
更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り	
清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り / <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 清拭	
排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り / <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストーマ	
服薬管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療者 認知症(無・有) 抑制(無・有： <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 抑制帯)	
徘徊 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [状況： ]	
【コミュニケーション】	
意志伝達 <input type="checkbox"/> 複雑な表現が可能 <input type="checkbox"/> 単純な表現のみ <input type="checkbox"/> 時々つじつまが合わない <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 不可 表現方法 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤等 <input type="checkbox"/> その他 / ナースコール <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない	
【家族構成】 ※ジェノグラム等	【既往歴・その他】 ※資料を添付して頂いても結構です

医療機関名

診療科

担当者氏名

主治医名

職種