

加茂病院 緩和ケア入院相談申込書

医療機関名

診療科・主治医名

記載者 職・氏名

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	様	男・女	生年月日	年	月	日	(歳)
診断名							
予 後	日単位	週単位	1ヶ月程度	2～3ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月以上	不明
紹介理由	本人希望	家族希望	症状コントロール	終末期看取り	その他(		
告 知	【本人へ】	予後も含め告知している 未告知【理由:	転移・再発も含め告知している	病名のみ告知している 】			
	【家族へ】	予後も含め告知している 未告知【理由:	転移・再発も含め告知している	病名のみ告知している 】			
現在の症状	疼痛【部位:	】	呼吸困難	咳・痰	倦怠感	口渇	黄疸
	痺れ【部位:	】	食欲不振	嘔気・嘔吐	腹部膨満感	腹水	胸水
	浮腫【部位:	】	発熱(	℃)	便秘	尿閉	失禁
	認知症	せん妄	意欲低下	不安	抑うつ	不眠	眠気
	その他(	)					
医療処置	末梢点滴	中心静脈栄養	経鼻栄養・胃瘻・腸瘻	気管カニューレ	吸引		
	酸素投与(	ℓ / カニューレ・マスク)	インスリン(	回)			
	尿道カテーテル	ストーマ・ウロストミー	腎瘻				
	その他(	)					
皮膚状態	褥瘡	有・無(部位・大きさ	/ 処置内容				
	エアマット等の使用	有・無					
感染症	MRSA	HCV	HBs	その他()			
日常生活動作	【食事】	自立	見守り	一部介助	全介助	/ 食事形態()	
		嚥下障害	有・無	/	制限	有・無 ()	
	【排泄】	自立	見守り	一部介助	全介助		
	【移動】	トイレ	Pトイレ	尿器	オムツ	導尿	
		自立	見守り	一部介助	全介助		
	【移乗】	歩行	杖	歩行器	車椅子	ストレッチャー	
	自立	見守り	一部介助	全介助			
	【入浴】	自立	見守り	一部介助	全介助	/ 一般浴 介助浴 特浴 清拭	
	【抑制】	センサーマット	ミトン	抑制帯	その他()		
意思伝達	複雑な表現が可能	単純な表現のみ	具体的要求のみ	不可			
	会話	筆談	文字盤等	その他()	/ ナースコール 可・不可		
家族構成	ジェノグラム、キーパーソン 等						

(* 受付年月日 年 月 日 ID:)