緩和ケア病棟紹介時の患者基本情報　（奈良県緩和ケア病棟連絡会共通書式）

＊該当する項目に☑　を入れるか　　で囲み、わかる範囲でご記入ください。

記入日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　　　歳

Ⅰ.紹介目的（複数選択可）、現在の療養場所、希望する入院時期

1. 目的：[ ] 症状コントロール　[ ] 在宅困難　[ ] 看取り　[ ] レスパイト入院

[ ] 緩和ケア外来通院　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現在の療養場所：[ ] 自宅　[ ] 施設　[ ] 入院中
2. 入院時期：[ ] できるだけ早く　[ ] 必要になった時　[ ] その他（　　　　　　　　　）

Ⅱ.診療情報

1. 診断名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2. 確定診断日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日
3. 転移：[ ] なし　[ ] 脳　[ ] 肺　[ ] 肝　[ ] 骨　[ ] リンパ節　[ ] その他（　　　　　　　）
4. 基礎疾患：[ ] 糖尿病　[ ] 認知症　[ ] 精神神経疾患（認知症以外）[ ] 慢性肝疾患

[ ] 慢性腎疾患　[ ] 慢性心疾患　[ ] 慢性呼吸器疾患　[ ] その他（　　　　）

1. 手術：術式（　　　　　　　　　　　　　）手術日　　　　　年　　　月　　　日
2. 化学療法：　　有（[ ] 終了後　[ ] 継続中）　・　無
3. 放射線治療：　有　・　無
4. 緩和を必要とする症状
	1. 身体症状：[ ] 疼痛　[ ] 倦怠感　[ ] 呼吸困難　[ ] 悪心・嘔吐　[ ] 食欲不振

[ ] 腹部膨満　[ ] 浮腫　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

* 1. 精神症状：[ ] 不眠　[ ] 不安　[ ] 抑うつ　[ ] せん妄　[ ] その他（　　　　　　　）
1. パフォーマンス・ステータス（PS）：　０　・　１　・　２　・　３　・　４
2. 医療処置：[ ] 酸素投与　[ ] CVポート　[ ] CVカテーテル（PICCなど）　[ ] 胃瘻

[ ] 経鼻胃管　[ ] 気管切開　[ ] 人工肛門　[ ] 腎瘻　[ ] ペースメーカー

[ ] 褥瘡・皮膚処置　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅲ.病名告知：　　 有　・　無　（無の理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅳ.DNAR確認：　有　・　無　（無の理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅴ.予想される予後：[ ] 日にち単位　[ ] 週単位　[ ] 1か月程度　[ ] 2～3か月　[ ] 3か月以上