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