

# 東京衛生アドベンチスト病院 緩和ケア内科診療情報提供チェックシート

貴院書式の診療情報提供書(データ含む)と併せてご提出下さい。

診療情報提供書には、診断日・Stage・治療歴概略(手術日と術式)・既往歴 の記載をお願い申し上げます。

記載日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

[患者氏名]

[医療機関名]

[記載者氏名]

医師  
 看護師  
 相談員

\*以下、該当する項目の  にチェックをして下さい。

## 1) 当科紹介について(複数選択可)

終末期看取りのため     症状緩和のため     本人が希望するため     家族が希望するため  
 在宅療養が困難のため     入院が長期に及ぶため     その他( \_\_\_\_\_ )

## 2) 緩和ケア病棟の理解について

\*患者及び家族は、緩和ケア病棟が癌の治療を行わず辛い症状を緩和することを目的とした病棟であることを理解していますか。

患者 :  理解している     理解していない     その他( \_\_\_\_\_ )  
家族 :  理解している     理解していない     その他( \_\_\_\_\_ )

## 3) 患者への告知について

病名 :  告知している     告知していない(どのように説明していますか: \_\_\_\_\_ )  
転移 :  告知している     告知していない(どのように説明していますか: \_\_\_\_\_ )  
予後 :  告知している ⇒  半年以上     月単位     週単位     日単位  
           告知していない

## 4) 家族への告知について

病名 :  告知している     告知していない(どのように説明していますか: \_\_\_\_\_ )  
転移 :  告知している     告知していない(どのように説明していますか: \_\_\_\_\_ )  
予後 :  告知している ⇒  半年以上     月単位     週単位     日単位  
           告知していない

## 5) 現在の患者の状態について

主な症状 : [ \_\_\_\_\_ ]  
P S :             4             3             2             1             0  
排泄状況 :       ベッド上     コモード     車椅子使用     歩行  
食事摂取状況 :  不可         著明に減少(数口のみ)     中程度減少     正常  
浮腫 :             あり         なし  
安静時呼吸困難  あり         なし  
せん妄 :             あり         なし

## 6) その他、特に記載すべき患者背景(家族、社会環境 等) がありましたらご記載下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]