

緩和ケア病棟入院相談外来情報提供書

フリガナ 患者氏名	男・女	大・昭・平	年	月	日生	歳
伊勢原協同病院患者 ID	※ないときは記入不要					
患者住所（〒 - ）						
電話番号（ - ）						
キーパーソン(本人との関係)						
主病名						
転移部位						
現病歴・治療経過(主病名の診断時期、関連する手術の術式・手術年月日の記載は必須)						

既往歴・合併症	
処方内容（内服・注射 オピオイドは投与量も）	
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
安静時呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(O2 L <input type="checkbox"/> カヌラ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> リザーバー)
労作時呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(O2 L <input type="checkbox"/> カヌラ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> リザーバー)
経口摂取	<input type="checkbox"/> 可能(普通 少量 数口) <input type="checkbox"/> 困難(<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> PTEG <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 高カロリー輸液)
コミュニケーションの問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 理解)
身体的問題	<input type="checkbox"/> 痛み(場所: _____) <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 皮膚(腫瘍)自壊 <input type="checkbox"/> その他(_____)
心理的問題	<input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他(_____)
睡眠薬投与歴	<input type="checkbox"/> マイスリー <input type="checkbox"/> ルネスタ <input type="checkbox"/> ハルシオン <input type="checkbox"/> レンドルミン <input type="checkbox"/> ロゼレム <input type="checkbox"/> ベルソムラ <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 投与歴なし
オピオイド投与歴	<input type="checkbox"/> モルヒネ <input type="checkbox"/> オキシコドン <input type="checkbox"/> フェンタニル <input type="checkbox"/> 投与歴なし
病名告知	<input type="checkbox"/> あり (誰に対して: _____) <input type="checkbox"/> なし
DNAR 確認	<input type="checkbox"/> あり (誰に対して: _____) <input type="checkbox"/> なし
自由記載欄	

紹介医

記載日

年

月

日

住所 (〒 -)

電話番号 () -

医療機関名

診療科・医師名

ご記入ありがとうございました。

なお、入院までの期間につきましては貴院にて診療の継続をよろしくお願いいたします。

伊勢原協同病院 緩和ケア内科