**緩和ケア病棟入院相談外来情報提供書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 　□0 　　　□1 　　　□2 　 　　□3 　　　□4

安静時呼吸困難　　□なし　　　□あり（O2 　 L　□カヌラ　□マスク　□リザーバー）

労作時呼吸困難　　□なし　　　□あり（O2 　L　□カヌラ　□マスク　□リザーバー）

経口摂取　　　□可能（普通　少量　数口）　　□困難（□PEG □NG □PTEG □CV □高カロリー輸液）

コミュニケーションの問題　　 □なし　　　□あり　（　□視覚　　　□聴覚　　　□言語　　　□理解　）

身体的問題 　 □痛み（場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□呼吸苦　　　□嘔気・嘔吐　　　□倦怠感　　　□食欲不振　　　□便秘

□腹部膨満感　　　□浮腫　　　□皮膚(腫瘍)自壊　　 □その他（　　　　　　　　　　　 　）

心理的問題 　 □抑うつ　　　□不安　　　□不眠　　　□せん妄　　　□その他（　　　　　　　　　 ）

睡眠薬投与歴 □マイスリー　　　□ルネスタ　　　□ハルシオン　　　□レンドルミン　　　□ロゼレム

□ベルソムラ　 　□その他（　　　　 　　　 　　　）　　 □投与歴なし

オピオイド投与歴　□モルヒネ　　　□オキシコドン　　　□フェンタニル　　　□投与歴なし

病名告知 　　　 □あり　（誰に対して：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□なし

DNAR確認　　　□あり　（誰に対して：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□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