

緩和ケア病棟入院申込書(患者・家族記入用)

NO. 1

記入漏れがないよう、お願い致します

記入日: 令和 年 月 日		記載者: _____		(続柄: _____)
フリガナ			生年月日	
患者氏名	男・女		同居家族(_____)	
	様 T・S・H		年 月 日 (歳)	
患者住所	〒(-)		TEL 自宅()	-
			携帯	- -
キーパーソン※氏名 様 (続柄:)	患者と 同居・別居		TEL 自宅()	-
	〒(-)		携帯	- -
	住所			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 在宅療養中(<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 訪問診察)			
現在かかっている病院	_____		病院・クリニック	
現在の主治医	主治医: _____		科 医師	
経緯	診断名とその時期	診断名【 _____ 】		
		診断の時期【 S・H・R 年 月頃】		
	これまでに受けた治療	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療(<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点滴) <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 民間療法(内容: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)		
	病気・病状の説明	【本人】 病名 : <input type="checkbox"/> 聞いている <input type="checkbox"/> 聞いていない 経過 : <input type="checkbox"/> 聞いている <input type="checkbox"/> 聞いていない 【キーパーソン】病名 : <input type="checkbox"/> 聞いている <input type="checkbox"/> 聞いていない 経過 : <input type="checkbox"/> 聞いている <input type="checkbox"/> 聞いていない		
緩和ケア病棟への入院	【本人】	<input type="checkbox"/> 希望している	<input type="checkbox"/> 希望していない	<input type="checkbox"/> 悩んでいる
	【家族】	<input type="checkbox"/> 希望している	<input type="checkbox"/> 希望していない	<input type="checkbox"/> 悩んでいる
【入院を希望する理由】 <input type="checkbox"/> 末期の状態である <input type="checkbox"/> つらい症状を軽減したい <input type="checkbox"/> 自宅での生活が難しい(理由: _____) <input type="checkbox"/> 現在入院している病院では、引き続き入院できなくなった <input type="checkbox"/> その他(理由: _____)				
病室の希望 面談後に希望を変更することはできますが、入院後は部屋を移動することはできません		<input type="checkbox"/> 有料個室を希望する <input type="checkbox"/> 早く入院できるなら、有料でも無料でもどちらでも良い <input type="checkbox"/> 無料個室を希望する		

※キーパーソンとは … 患者様のことを精神的・経済的-

【現在、どんな症状がありますか】	
・(症状:) (どんなとき:))
・(症状:) (どんなとき:))
・(症状:) (どんなとき:))
・(症状:) (どんなとき:))
【運動】	
1) 移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 部分介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
2) 移動方法	<input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
3) 転倒歴	<input type="checkbox"/> ある(いつ頃:) (どんなときに:) <input type="checkbox"/> ない
【食事】	
1) 食事形態	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> おもゆ <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経腸)(内容:) (量:)
2) 食事動作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 部分介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
3) 飲み込み	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> むせ込む <input type="checkbox"/> 飲み込めない
【排泄】	
1) 方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器・便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門
2) 排泄動作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 部分介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
3) 便の回数(回/ 日)	便の状態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 使用薬剤()
【清潔】	
1) 方法と回数	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 (回/週)
2) 清潔動作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 部分介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
【更衣】	
1) 更衣動作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 部分介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
【皮膚】	
1) 床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) 大きさ: cm × cm 処置の内容:)
2) むくみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)
3) 処置が必要な傷	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) 処置の内容:)
【睡眠】	
1) 平均睡眠時間 (時間ぐらい)	
2) 睡眠状況	<input type="checkbox"/> 眠れている <input type="checkbox"/> 眠れていない(使用薬剤:)
【コミュニケーション】	
1) 理解力・認知機能の低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(症状:)
2) 認知症の診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断の時期:H 年 月頃)
【安全帯の使用】	
1) 安全帯の使用	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 夜間のみ使用している <input type="checkbox"/> 常に使用している
2) 使用している理由 ()	
3) 使用しているもの	<input type="checkbox"/> 介護衣 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 体幹