大分県厚生連鶴見病院 緩和ケア病棟

面談申込用紙（紹介医用）

|  |
| --- |
| （ふりがな）患者氏名：　　　　　　　　　性別：　　　生年月日：　　　　　　　　（年齢　　歳）患者住所：本人連絡先（電話番号）:家族連絡先（電話番号）：　　　　　　　　　　　  |
| 【現在の療養場所】　　□外来通院中、□病院入院中、□在宅療養中、□施設入所中 |
| 【緩和ケア病棟を紹介した理由・経緯】　（複数選択可）□本人希望　□家族希望　□治療効果の限界　□症状コントロール　□看取り　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 【診断名】（現存する悪性疾患名（原発）を記載下さい。転移があればその部位を局在が解り易い様に記載下さい。） |
| 【併存疾患/既往疾患】（現在の処方薬の根拠となる疾患など、がん以外の疾患に対する過去の手術歴など） |
| 【当該がんに関する現病歴】※ 記載いただきたい項目（以下を含めて御自由に作成願います。１）がんの発症・診断・手術等の時期(年月日)　（後の書類作成の際に参考となります。）２）がんの治療経過（手術・ホルモン療法を含む抗癌剤治療・放射線療法、治療に付随する合併症）の概略３）他覚所見（特異な診察所見、外観からわかる様ながん腫瘤、腸閉塞など）４）苦痛症状緩和のために既に施行された薬物療法（含オピオイド）や緩和照射など　（施行していなければ無記載可） |
| 【現在の患者さんの症状】※ 記載いただきたい項目（以下を含めて御自由に作成願います。）：１）患者さんの困っておられる自覚症状（精神状態も含む）２）ADL（摂食量/状態、排便の自立性（トイレ、ポータブル、オムツ等）、歩行状態、睡眠状態、PS(0～4)など）３）コミュニケーション状況（本人と家族・医療者との関係において気になる点） |
| 【現在処方中の内服薬/輸液】 |
| 【臨床的予後予測】（複数選択可）□1週間程度/以内、□1ヶ月以内、□2～3ヶ月、□3～6ヶ月、□6ヶ月以上、□急変の可能性大（□出血、□呼吸停止、□その他の原因（　　　　　　　　　）） |
| 【病名告知、予測余命伝達、がん治療の中止(BSC)の話し合い(IC)】（複数選択可。無施行時はチェック不要）１．病名告知を（□家族に、□本人に）おこなった。２．予測余命伝達を（□家族に、□本人に）おこなった。３．がん治療の中止(BSC)の話し合い(IC)を（□家族と、□本人と）おこなった。 |
| 【主治医の先生に、本人・家族へ確認していただきたい内容】『同意（確認）できた＝〇、同意（確認）できなかった＝×、不明確＝△』の三段階で回答願います。時期も含めた諸事情のため説明出来なかった項目は無記載でも結構です。※記載方法は、各項目番号左の（　）をクリックして現れる〇、×、△を選択して下さい。つるみ病院緩和ケア病棟では、（　）１．がんそれ自体に対する治療（抗癌剤や放射線治療など）はおこなわない。（　）２．疼痛・呼吸困難などの症状緩和目的で、必要時には『医療用麻薬』を使用する。（　）３．患者さんの苦痛が増す様な延命治療はしない。（例：大量腹水存在下での輸液）（　）４．心肺蘇生術（人工呼吸や心臓マッサージ）はおこなわない。（　）５．以上の項目を基本として緩和ケアをおこなう“鶴見病院緩和ケア病棟”に入院することへの患者さん御本人が希望している。 |
| 【備考欄】先生がさらに付け加えたいと感じておられること、または、患者さん・家族のケアやコミュニケーションを円滑におこなう上での問題点やアドバイスがあれば御教授下さい。 |

※当緩和ケア病棟では、入院前に追加検査や外科的処置などをお願いすることがあります。また、病状の詳細について改めてお尋ねすることもあります。

その際にはお手数をお掛けしますが、御協力の程、宜しくお願い申し上げます。

記入年月日：

医療機関名：

診療科名：

医師氏名：