

緩和ケア病棟入棟依頼・相談申込書

申込日 年 月 日

診察日	<input type="checkbox"/> 希望なし	医療機関名 医師名 住所 TEL・FAX
診療科	緩和ケア内科	
第1希望	月 日 ()	
第2希望	月 日 ()	
目的	<input type="checkbox"/> 入棟依頼 (部屋が空き次第、入棟希望) <input type="checkbox"/> 入棟相談 (将来的に入棟を希望。入棟が必要になれば改めて、入棟を依頼する。)	

*毎週水・金の午後2時~3時、午後3時~4時の完全予約制です。

患者様情報	本センター受診歴	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 不明		
	患者ID番号	□□□□□□ - □□ (本センター患者ID番号がわかればご記入下さい)		
	フリガナ	男・女	M・T S・H R	年 月 日生 (才)
	住所	〒 -		
	連絡先	自宅: () -		携帯: - -
	FAX: () -			
相談者情報	相談者	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 (続柄 [※]) ※二親等内の親族に限る。 * 相談者が本人の場合は、相談者情報の記入は必要ありません。 * ご家族のみの受診も可能ですが、患者さんの病状を理解し、意思を代弁できる方がお越しく下さい。 * ご家族のみで受診に来られる場合は、保険診療の対象外となり、5,000円+税となります。		
	フリガナ	男・女	自宅 携帯 FAX	- - - - - -
	氏名			

◆下記設問にご回答ください。

1. 患者さんに最初に緩和ケアを勧めた人はどなたですか？
<input type="checkbox"/> 患者さん本人が自分で希望 <input type="checkbox"/> 家族など <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども () <input type="checkbox"/> 親 戚 () <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 友 人 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 医療関係者 (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他の医療者)
2. 緩和ケアを紹介した経緯について、入棟の目的についてお聞かせください (複数選択可)
<input type="checkbox"/> 症状コントロール <input type="checkbox"/> 終末期ケア (看取り) <input type="checkbox"/> レスパイト入院依頼 (当緩和ケア病棟入院歴ある患者のみ) <input type="checkbox"/> その他 ()
3. 現時点での病状の説明、告知についてお聞かせください
1) 患者さん本人に対して (時期: 20 年 月頃)
<input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 転移再発部位や広がりを含めて <input type="checkbox"/> 余命も含めて
2) ご家族に対して (時期: 20 年 月頃)
どなたに⇒ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども () <input type="checkbox"/> 親 戚 () <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 友 人 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 転移再発部位や広がりを含めて <input type="checkbox"/> 余命も含めて

4. 患者さんの臨床的な予後はどれくらいあると考えますか（複数回答可）

- 6か月以上 3か月以上 2か月程度 1か月程度 2週間程度
 1週間程度 1週間以内
 急変あり（出血 呼吸困難 消化管穿孔 その他 ）

5. 現在の全身状態についてお聞かせください

- 0：まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
 1：肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。
例：軽い家事、事務作業
 2：歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。
日中の50%以上はベッド外で過ごす。
 3：限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。
 4：まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

6. 以下の症状、状態についてお聞かせください

- J C S：意識清明 I-1 I-2 I-3
 II-10 II-20 II-30 III桁
言語反応：見当識の保たれた会話 会話に混乱がある 理解不能な発声のみある
 発語(発声)障害はあるが、意識レベルに問題なし
栄養：摂取方法：自立 経管栄養 TPN 胃瘻・腸瘻 その他（ ）
 食事内容：常食 全粥食 栄養剤 その他（ ）
排泄：排 尿 自立 おむつ 膀胱留置カテーテル
 ストマ その他（ ）
 排 便 自立 おむつ ストマ その他（ ）
移 動：自立 杖歩行 歩行器 車いす ストレッチャー
浮 腫：なし あり（部位： ）
安静時呼吸困難：なし あり
せん妄：なし あり
その他：CVポート 胃管・イレウス管 腎瘻 尿管ステント
 酸素吸入 ペースメーカー その他（ ）

7. 緩和ケア病棟について、以下を説明されましたか

- 1) がんの積極的治療・延命処置は行わないことを患者・家族に説明した はい いいえ
2) 痛み等の苦痛に対する治療が中心になることを説明した はい いいえ
3) 患者は緩和ケア病棟への入棟を希望している はい いいえ
4) 家族は緩和ケア病棟への入棟を希望している はい いいえ

8. 先生の緩和ケア病棟に対するご希望やご意見がありましたらお聞かせください

ご記入ありがとうございました。2枚まとめて予約センターまでFAX送信ください。

日本赤十字社和歌山医療センター 予約センター

T E L：0120-936-385 F A X：0120-937-510

受付時間：平日 午前9時～午後7時 土曜 午前9時～午後1時