

# 【緩和ケア内科外来を受診される皆さまへ】

以下、ご記入の上、外来受診の際、必ずご持参ください。

\*ご記入は原則患者さま、またはご家族さまにお願い致します。

記入日 年 月 日  
 記入者名 \_\_\_\_\_  
 患者さまと記入者の関係 \_\_\_\_\_  
 予約日 年 月 日

患者さま氏名 様 性別

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 歳

かかりつけの医療機関名

※急変時は、かかりつけ医へ受診となります。

外来受診日時点での状況 どちらかに○

|          |                |       |       |
|----------|----------------|-------|-------|
| ( )入院中   | 病院名            | 診療科名  | 主治医氏名 |
| ( )在宅療養中 | 通院中の病院名        | 診療科名  |       |
|          | 担当ケアマネージャー     | ★事業所名 | ★氏名   |
|          | 在宅医（往診）★病院名    | 訪問看護  | ★事業所名 |
|          | その他、ご利用の在宅サービス |       |       |

|            |        |           |      |
|------------|--------|-----------|------|
| 面談に来られている方 | どちらかに○ | 居住地       | 家族構成 |
| 氏名         | 歳 続柄   | 同居 別居 ( ) | 連絡先① |
| 氏名         | 歳 続柄   | 同居 別居 ( ) | 連絡先② |
| 氏名         | 歳 続柄   | 同居 別居 ( ) | 連絡先③ |

病気についての質問をさせていただきます。

★病名をご記入下さい。

病名 転移部位

★病名告知について説明を受けた内容をご記入下さい。

(患者さまご本人)

(ご家族)

★予後告知(余命) について説明を受けたことがありますか。ある場合は、内容をご記入下さい。

(患者さまご本人)

(ご家族)

★身体状況について当てはまるものに○してください。わかる範囲で結構です。

|      |   |
|------|---|
| 症状   | なし 痛み 呼吸がしんどい だるい 意識障害 眠れない 食欲がない<br>吐き気 嘔吐 お腹がはる 浮腫む 不安、怖い 胸が苦しい 咳が出る 痰が出る<br>便秘 下痢 その他 ( )                                      |
| 移動   | 歩行 (1人で可能 押し車がある 歩行器がある 介助がある)<br>車椅子移動の介助不要 車椅子移動の介助が必要 寝たきり   |
| 排泄   | 自分でトイレへ行ける 介助でトイレへ行ける 夜だけ簡易トイレを使用 いつも簡易トイレを使用<br>夜だけオムツ 一日中オムツ リハビリパンツ使用 念のためオムツ バルンカテーテル   |
| 食事   | 自分で食べられる 見守りが必要 部分的に介助が必要 いつも介助が必要 食べていない   |
| 飲み込み | 問題なし 見守りが必要 できない  |
| 処置医療 | なし 末梢点滴 経管栄養 ( 胃瘻 鼻注) CV(CVポート) バルンカテーテル ストーマ<br>インスリン パースメーカー 褥瘡の処置 IVH管理 吸引 (頻度 回/日)<br>気切切開の処置 酸素療法 ( 瓶/分) 透析 その他 ( )<br>エアマット |
| その他  | ※自宅での生活のこと、経済的なこと等で、特記することがあれば、ご記入下さい。  |