

洛和会音羽病院 緩和ケア病棟質問表 [医師記入用]

フリガナ

患者氏名： _____ 様 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

* 該当する欄 (□) にチェックし、必要事項をご記入ください。診察情報提供書と重複する場合は不要です

I. 緩和ケアを紹介される目的は何ですか (複数回答可)

- 治癒を目的とする治療ができなくなったため 終末期の看取りのため 症状マネジメントのため
 本人の希望 家族の希望 その他 (_____)

II. 病名・症状の説明についてお知らせ下さい

1. 本人へ (いつ頃： _____)
 説明した (病名のみ 転移・再発も含めて 予後も含めて)
 十分理解している ある程度理解している 理解しているか疑わしい 理解不能
(具体的な説明内容と受け止め方)

説明していない (理由： _____)

2. 家族へ (誰に： _____ いつ頃： _____)
誰に キーパーソン (続柄： _____) その他 (_____)
 説明した (病名のみ 転移・再発も含めて 予後も含めて)
 十分理解している ある程度理解している 理解しているか疑わしい 理解不能
(具体的な説明内容と受け止め方)

説明していない (理由： _____)

III. 介護保険についてお知らせ下さい

- 申請 済 (現在の介護度： _____) 未
ケアマネージャー 事業所・氏名 (_____)

IV. DNARオーダーと緩和ケアに関する認識についてお知らせ下さい

1. DNARオーダーについて 患者 了解している
家族 了承している
* 当院緩和ケア病棟に入院される場合、登録の際にはDNAR確認が必要となります
2. 緩和ケアでは、治癒を目的とした治療は行わず、症状の緩和を中心としたケアを行うことについて
患者 知っている 知らない その他 (_____)
家族 知っている 知らない その他 (_____)

V. 記載時点での臨床的予後予測はどの程度ですか

- 1年以上 6ヶ月程度 3ヶ月程度
 1ヶ月程度 週単位 日にち単位 その他 (_____)

VI. 予後決定因子をお知らせ下さい

- 原発巣 肺転移 腹部転移 脳脊髄転移 その他 (_____)

* 次ページに続きますのでお願いします

VII. 診療情報をお知らせ下さい

1. 診断

- 1) 原疾患 () 2) 原発部位 ()
3) 病理診断 () 4) 確定診断日 ()
5) 直接浸潤 なし あり (部位:)
6) 転移 なし あり (部位:)
7) 原発に付随する合併症 (例: イレウス、水腎症)
なし あり 具体的に ()
8) その他の疾患、既往歴
糖尿病 肝硬変 慢性肝炎 腎障害 心機能低下 慢性呼吸不全
結核 消化管潰瘍 精神疾患 ()
脳・神経疾患 ()
その他 ()

2. これまでの治療概略

- i) 外科的治 なし
あり 手術年月日 () 術式 ()
ii) 放射線治 なし
あり 時期 () 照射部位 () 総線量 ()

3. 現在の状態

- 1) 疼痛 なし
あり 部位 ()
2) その他苦痛となる身体症状 なし
あり 具体的に ()
3) 精神症状 なし
あり (不眠・不安・抑うつ・せん妄・認知症・その他:)
4) 急変の可能性 なし
あり 具体的に ()
5) 感染症 なし 未検査
あり (HBsAg・HCV・TPHA・HIV・MRSA・VRE・その他:)
*データを添付して下さい

4. 現在の治療

- 1) 継続している治療 なし
あり 診療科・治療内容など ()
2) 装着されているチューブ類について
末梢静脈ルート
CVカテーテル
気管カニューレ
膀胱留置カテーテル
PTBD・PTCD
NGチューブ (目的: 栄養・水分補給 排液/減圧)
胃ろう (目的: 栄養・水分補給 排液/減圧)
その他 ()

5. 治療目的や日常のケアを提供させていただく上で特に留意する点がありましたらご教示ください

記載日 年 月 日 記載医師名 _____

* 診療情報提供書・現在の処方内容・血液データ・画像・ADLなどの情報提供をお願いいたします

** ご多忙の中、ご協力いただきありがとうございました

2019年3月 医療法人社団 洛和会音羽病院 緩和ケア病棟