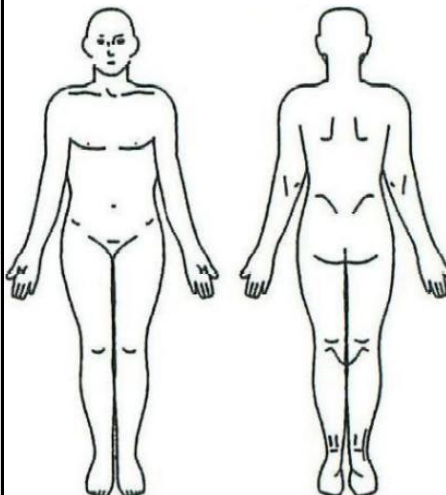


## 患者様状態確認書(緩和ケア病棟用)

フリガナ 患者氏名	様	年齢( )歳	性別(男・女)
ご家族 連絡先	様	続柄( )	電話番号
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> レスプレーター <input type="checkbox"/> 吸引 (1日 回程度) <input type="checkbox"/> モニター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 注射 ( ) <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )		
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA( ) <input type="checkbox"/> HCV抗体( ) <input type="checkbox"/> HBs抗体( ) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明		
身体的所見	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="width: 70%;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.疼痛   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>2.呼吸困難   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>3.倦怠感   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>4.発熱   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>5.口渇   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>6.咳・痰   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>7.食欲不振   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>8.嘔気・嘔吐   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>9.腹部膨満感   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>10.浮腫   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>11.便秘   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> あり</li> <li>12.尿閉・失禁   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> あり</li> <li>13.その他 ( )</li> </ol> </div> </div>		
精神的所見	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.不安   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>2.抑うつ   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>3.せん妄   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>4.不眠   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>5.眠気   <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> 軽   <input type="checkbox"/> 中   <input type="checkbox"/> 重</li> <li>6.その他 ( )</li> </ol>		
認知機能	<input type="checkbox"/> 低下なし <input type="checkbox"/> 低下あり 【 <input type="checkbox"/> 行動障害なし <input type="checkbox"/> 行動障害あり ( ) 】 <input type="checkbox"/> 不明		
病状説明	1.患者への説明 説明日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 病名・病状を説明している(転移・再発) <input type="checkbox"/> 予後も含めて全て説明している <input type="checkbox"/> 説明していない 理由:		
	2.家族への説明 対象者: 説明日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 病名・病状を説明している(転移・再発) <input type="checkbox"/> 予後も含めて全て説明している <input type="checkbox"/> 説明していない 理由:		
予後予測	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 6か月~1年 <input type="checkbox"/> 3か月~6か月 <input type="checkbox"/> 1か月~3か月 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
パフォーマンス ステータス (PS)	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ※全身状態の指標です。該当するものにチェックをお願いします。		
その他	抑制 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   転倒・転落 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   危険動作 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
転院後再診	<input type="checkbox"/> 必要あり ( ) <input type="checkbox"/> 必要なし		
他科受診	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし		
特記事項			

記入日: 年 月 日

記入者: 医療機関名

職種:  医師    看護師    その他 ( )

氏名: \_\_\_\_\_ 印