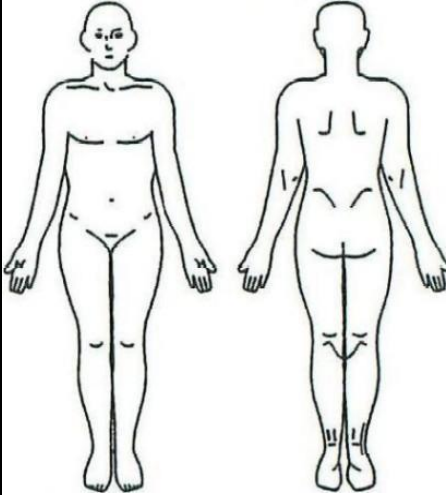


患者様状態確認書(緩和ケア病棟用)

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	☐ 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) ☐ 気管切開 ☐ レスピレーター ☐ 吸引 (1日 回程度) ☐ モニター ☐ 酸素 ☐ 褥瘡 ☐ IVH ☐ 点滴 ☐ 透析 ☐ ストマ ☐ インスリン ☐ 注射 () ☐ 間歇導尿 ☐ 留置カテーテル ☐ その他 ()				
感染症	☐ MRSA() ☐ HCV抗体() ☐ HBs抗体() ☐ HIV ☐ その他 () ☐ 不明				
身体的所見	 1.疼痛 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 2.呼吸困難 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 3.倦怠感 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 4.発熱 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 5.口渇 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 6.咳・痰 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 7.食欲不振 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 8.嘔気・嘔吐 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 9.腹部膨満感 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 10.浮腫 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 11.便秘 ☐ なし ☐ あり 12.尿閉・失禁 ☐ なし ☐ あり 13.その他 ()				
精神的所見	1.不安 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 2.抑うつ ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 3.せん妄 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 4.不眠 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 5.眠気 ☐ なし ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重 6.その他 ()				
認知機能	☐ 低下なし ☐ 低下あり 【 ☐ 行動障害なし ☐ 行動障害あり () 】 ☐ 不明				
病状説明	1.患者への説明 説明日: 年 月 日 ☐ 病名のみ ☐ 病名・病状を説明している(転移・再発) ☐ 予後も含めて全て説明している ☐ 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 ☐ 病名のみ ☐ 病名・病状を説明している(転移・再発) ☐ 予後も含めて全て説明している ☐ 説明していない 理由:				
予後予測	☐ 1年以上 ☐ 6か月～1年 ☐ 3か月～6か月 ☐ 1か月～3か月 ☐ 週単位 ☐ 日単位 ☐ その他 ()				
パフォーマンス ステータス (PS)	☐ 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。 ☐ 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。 ※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 ☐ なし ☐ あり 転倒・転落 ☐ なし ☐ あり 危険動作 ☐ なし ☐ あり				
転院後再診	☐ 必要あり () ☐ 必要なし				
他科受診	☐ あり () ☐ なし				
食事	☐ あり 食種(kcal) 形態(主食: 副食:) ☐ なし ()				
介護保険	☐ あり 要支援、要介護1・2・3・4・5 有効期間:() ☐ 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