

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
診療情報	1.診断名 ()		
	2.診断確定 (年 月 日 記載必須)		
診療情報	3.病理診断 ()		
	4.転移 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(部位)		
	5.外科的治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(手術日 年 月 日)(術式)		
	6.感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未検査 ありの場合 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他()		
症状と状態	1.身体症状 <input type="checkbox"/> 疼痛(部位) <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> その他()		
	2.精神症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> その他()		
	3.パフォーマンス・ステータス(PS) 0・1・2・3・4		
	4.留置物、チューブ類 <input type="checkbox"/> CVカテ・CVポート(種類) <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()		
	5.身体抑制 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(方法)		
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 ()		
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		
食事	食種(kcal) 形態(主食: 副食:) <input type="checkbox"/> アレルギー ()		
介護保険	<input type="checkbox"/> あり 要支援、要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中 <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 MSW その他 ()

氏名: