

診療情報提供書 (1/2)

【緩和ケア病棟】

(西暦) 年 月 日

医療機関名

〒・住所

電話番号

診療科

医師名

(フリガナ)
患者氏名

男・女

明・大
昭・平

年 月 日 歳

住所

診断状況

主病名	
診断日	年 月 日
根拠となる検査	
予後予測	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 4~6ヶ月 <input type="checkbox"/> 1~3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3週間以内 <input type="checkbox"/> 数日以内 <input type="checkbox"/> 不明
紹介理由	<input type="checkbox"/> 患者希望 <input type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> 症状緩和 <input type="checkbox"/> 在宅療養困難 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> 今後の病状進行時の療養先として

症状経過

<input type="checkbox"/> 別紙添付資料参照	※血液検査データ(1ヶ月以内)の添付をお願いします。
-----------------------------------	----------------------------

既往歴

<input type="checkbox"/> 別紙添付資料参照

内服薬

<input type="checkbox"/> 別紙添付資料参照

診療情報提供書（2/2）

【緩和ケア病棟】

治療歴	
手術療法	<input type="checkbox"/> あり(施行日: 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 別紙添付資料参照) <input type="checkbox"/> なし 術式() 所見()
化学療法	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 別紙添付資料参照) <input type="checkbox"/> なし 年 月 日 薬剤・投与量 ()クール 年 月 日 薬剤・投与量 ()クール 年 月 日 薬剤・投与量 ()クール
放射線療法	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 別紙添付資料参照) <input type="checkbox"/> なし 年 月 日 ~ 年 月 日 部位: 年 月 日 ~ 年 月 日 部位:
その他療法	<input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 民間療法 <input type="checkbox"/> その他()

身体状況	
苦痛症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疼痛 (部位・性状・程度など) <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 便秘異常 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> その他()
起居	<input type="checkbox"/> 100%起居している <input type="checkbox"/> ほとんど起居している <input type="checkbox"/> ほとんど座位か横たわっている <input type="checkbox"/> ほとんど臥床 <input type="checkbox"/> 常に臥床
経口摂取量	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや減少 <input type="checkbox"/> 減少しているが数口より多い <input type="checkbox"/> 数口以下 <input type="checkbox"/> 絶飲食
せん妄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原因:)
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (所見・処置:)
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)
医療処置	<input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 尿カテ <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素 (l) <input type="checkbox"/> 胆汁ドレナージ胃管 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()
身体抑制・回避器具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> その他 ())

インフォームド・コンセント
(西暦) 年 月 日 時点
ご本人への病状説明
<input type="checkbox"/> 告知済み 【病名・転移、再発・予後】説明時期: (頃) (説明内容:) <input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能 <input type="checkbox"/> 未告知 (理由:)
ご本人の入院同意
<input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 同意していない <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 意思確認困難

ADL表（日常生活動作表）

記入日：(西暦) 年 月 日 記入者： (職種：)

患者氏名：		様	男・女	生年月日：	明・大・昭・平	年	月	日	歳	
意識障害	無・有	・昏睡 ・傾眠 ・混濁 ・遷延性意識障害(無動性無言症・植物状態) ・その他()								
	眼球の動き	・眼球は動かない ・眼球は動いても認識できない ・眼球は動く(認識できる)								
	意識レベル	・JCS I-(1・2・3)、II-(10・20・30)、III-(100・200・300)				・GCS (点)				
精神症状 又は 認知症	無・有	・記憶障害 ・記銘力障害 ・見当識障害 ・感情失禁 ・不潔行為 ・抑うつ ・意欲低下 ・夜間せん妄 ・被害妄想 ・幻覚 ・易怒性 ・暴力行為 ・暴言 ・声出し ・徘徊 ・健忘 ・作話 ・その他(長谷川式スケール=)								
		身体抑制	無・有	・体幹 / ミトン / その他：() / 理由：()						
麻痺	無・有	・完全麻痺 ・不全麻痺 (・弛緩性 ・痙直性 ・不随意運動性 ・失調性 ・強剛性 ・振せん性)								
		・片麻痺(左 / 右) ・単麻痺(部位：) ・四肢麻痺								
拘縮	無・有	(部位： 痛み：無 / 有)								
言語障害	無・有	・失語症 ・構音障害								
		・意思疎通が不可能(理解困難) ・意思疎通が可能								
		・簡単な命令には辛うじて応ずることができるが、意思の疎通は不可能								
		・発語ほとんど無し ・発語するが意味不明 ・発語するが聞き取りにくい ・簡単な単語のみ発語可能								
嚥下障害	無・有	(状態：)								
聴覚障害	無・有	・全く聞こえない ・ほとんど聞こえない ・補聴器を使用すれば聞こえる								
視力障害	無・有	・全く見えない ・指数識別可能 ・歩行に支障あり ・歩行に支障なし								
褥瘡	無・有	(部位： 大きさ： 縦 × 横 × 深さ 処置内容：) ※DESIGN-R D; E; S; I; G; N; P;								
感染症	無・有	・HBV(+ / - / 未実施) / HCV(+ / - / 未実施) ・MRSA; 痰・尿・膿(+ / - / 未実施) ・疥癬 ・梅毒 ・多剤耐性菌 ・その他()								
医療行為	無・有	・気管切開(無 / 有) ・皮膚疾患(無 / 有;) ・CV(無 / 有) ・DIV(無 / 有)								
		・人工肛門(無 / 有) ・酸素投与(無 / 有; l/分) ・吸引(無 / 有; hr毎 あるいは 回/日)								
		・血糖検査(無 / 有, 回 / 日) ・インスリン注射(無 / 有, 回 / 日, 単位 / 日)								
		・人工呼吸器(無 / 有; TPPV / NPPV ※機種・設定・マスクのタイプの情報は別途記載又は添付等お願いします)								
移動	歩行	・形態(独歩 / 杖 / つたい歩き / 歩行器) ・自立度(自立 / 見守り / 一部介助 / 全介助)								
	車椅子	・移乗(自立 / 要介助) ・操作(自立 / 要介助)								
起坐	・自立 ・一部介助 ・全介助									
座位保持	・不能 or 可能(30分以上 / 30分未満); 背もたれ(要 / 不要)									
寝返り	・自立 ・一部介助 ・全介助									
食事・栄養	補給法	・経口摂取(自立 / 自力で可能だが時間を要す / 一部介助 / 全介助) ・義歯(有 / 無)								
		食形態	・主食(飯 / 粥 / ミキサー / その他) とろみ(有 / 無)							
			・副食(普通 / 一口大 / 軟菜 / キザミ / ミキサー / その他)							
		摂取量	・76%以上		・75~26%		・25%以下			
	・経管(鼻腔 / 胃瘻 / 腸瘻 / 食道瘻) 点滴(静脈栄養 / 中心静脈栄養)									
	内容()									
検査値	・TP	g/dl	・Alb	g/dl	・Hb	g/dl				
身長・体重	・身長(cm)		・体重(kg)							
排泄	・尿意(無 / 有) ・便意(無 / 有)									
	・トイレ / ポータブルトイレ (自立 / 自力で可能だが時間を要す / 一部介助 / 全介助)									
	・差し込み便器使用中 ・オムツ使用 ・バルーン挿入中 ・その他()									
更衣	・自立 ・自力で可能だが時間を要す ・一部介助 ・全介助									
洗面	・自立 ・自力で可能だが時間を要す ・一部介助 ・全介助									
入浴	・自立 ・家庭浴 ・シャワー浴 ・機械浴 ・清拭									
ナースコール	・可能(呼べている) ・可能だが適切に呼べていない ・不能 ・特殊コール使用()									

*評価が行われた場合はご記入ください。

FIM あるいは BI =	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準 = ランク	認知症高齢者の日常生活自立度 判定基準 = ランク
介護度	・未申請 ・申請中(年 月 日) ・認定済み(要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)	