

診療情報提供書(緩和ケア病棟)

施設名 _____ 病院・医院・センター 主治医名 _____
 連絡先電話番号 _____ FAX番号 _____

患者氏名 _____ 男・女 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 年齢 才
 現住所 _____ TEL _____
 保険者番号 _____ 記号 _____ 番号 _____ 本人・家族 1割・3割

診断名 _____ 転移部位 _____
 予後見通し 約 _____ 週・月・年 PS 0・1・2・3・4

【これまでの治療】

- 外科的治療 有(術式: _____ 年月日 _____) 無
- 放射線治療 有(放射部位: _____ 時期 _____) 無
- 化学療法 有(治療薬: _____ 時期 _____) 無
- 免疫療法 有(治療薬: _____ 時期 _____) 無

【オピオイド投与の有無】

- モルヒネ(_____) オキシコドン(_____)
- フェンタニル(_____) 投与歴なし

【現在の服薬内容】

【本人への説明内容】

- ・病名について 有 ・ 無
- ・今後の病状の見通し(予後)について 有 ・ 無

【家族への説明内容】

- どなたに _____
- ・今後の病状の見通し(予後)について 有 ・ 無
- ・抗がん剤治療の中止について 有 ・ 無

<家族構成>

【現在の状況について】

- 食事 (経口) 自立 一部介助 ※食欲 有 ・ 無
- 食事内容 飯 分粥 流動 きざみ その他(_____) 水分のみ
- 栄養 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) 高カロリー輸液(IVH・CVポート)
- 麻痺 無 有(部位 _____)
- 排泄 自立 一部介助 全介助 見守り(_____)
- 移動 歩行 杖歩行 歩行器 車いす ストレッチャー
- 清潔 自立 一部介助 全介助 見守り 入浴 シャワー浴 機械浴 清拭
- 意思疎通 問題無 問題有 特記(_____)
- 問題行動 無 有 (認知症・せん妄・その他 _____)
- 疼痛 無 有 (部位 _____)
- 褥瘡 無 有 (部位 _____)
- 処置 無 有(例:創傷処置、吸引等 _____)
- 服薬管理 自立 ナース
- 感染症 無 有(_____)