

臼杵市医師会立コスモス病院 緩和ケア情報共有シート

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日 ()
患者氏名	様	男・女		
病名		既往歴		
住所		連絡先		
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	続柄	名前	
			連絡先	
保険種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 / (患者負担 割) <input type="checkbox"/> 生保 (CW ()) <input type="checkbox"/> 公費 ()			
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()) 担当事業所名 () 担当ケアマネ ()			
○ 家族構成		○ 臨床的な予後予測について		
		<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2~3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3~6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上		
		○ DNRの説明		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 誰に () 承諾 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		○ 本人とのコミュニケーション		
		<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 意思明瞭、複雑な表現が可能 <input type="checkbox"/> 意思明瞭だが単純な表現のみ <input type="checkbox"/> 時々つじつまが合わない <input type="checkbox"/> 全くコミュニケーションが取れない		
○ 当院を紹介した経緯(複数選択可)		○ 本人の状態		
<input type="checkbox"/> 治療の効果が期待できなくなったため <input type="checkbox"/> 本人が希望するため (地元に戻りたい含む) <input type="checkbox"/> 家族が希望するため <input type="checkbox"/> 症状コントロールのため <input type="checkbox"/> 在宅療養調整のため <input type="checkbox"/> 通院できなくなったため <input type="checkbox"/> その他 ()		食事 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 栄養 : <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> CVポート 食事形態: () 麻痺 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 ())		
○ 病名、病状について		排泄 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動 : <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 移乗 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 清潔 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 問題行動: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 症状 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 処置 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 ())		
【本人へ】 <input type="checkbox"/> 予後も含めて説明している <input type="checkbox"/> 病名のみ知らせている ※予後も含め説明の場合⇒ <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 説明未(理由 :) ※説明未の場合⇒ <input type="checkbox"/> 気づいているだろう <input type="checkbox"/> 全く知らない <input type="checkbox"/> 認識不能 <input type="checkbox"/> 不明		【家族へ】 <input type="checkbox"/> 予後も含めて説明している ※予後も含め説明の場合⇒ <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 病名のみ説明している		
○ 緩和ケアの説明		【本人へ】 <input type="checkbox"/> 説明済み <input type="checkbox"/> 未説明 【家族へ】 <input type="checkbox"/> 説明済み <input type="checkbox"/> 未説明		
		病院名 記入者 職種 Dr・Ns・MSW・その他 () 平成 年 月 日		

FAX送信先 地域医療福祉連携室 0972-62-8404