

緩和ケア事前情報書

相談担当 _____ 様

担当 _____

基本情報

1. 患者名 (イニシャル又は氏名) _____
2. 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 男・女
3. 住 所 _____ 丁目
4. キーパーソン 無 有 続柄 _____
5. 保険種類 社保 国保 / (本人・家族) 前期高齢者 後期高齢者 / (患者負担 _____ 割)
生保 (CW _____) 公費: 乳・障・母・原・その他 (_____)
6. 介護保険 無 有 (要支援 _____ 要介護 _____) 申請中 (_____ 月 _____ 日頃)
7. 医師からどのような説明を受けたか (本人・家族からの情報)、その他今後の希望等
 本人 (_____)
 家族 (_____)
 希望等 (_____)

家族構成

日常生活について 重複記入可 (その場合 **1** が主たるもの **2** が補助的なもの)。その他は通信欄に記入。

8. 食 事 (経口) 自立 一部介助 全介助 ※食欲 (あり ・ なし)
 食事内容 _____ 飯 _____ 分粥 流動 きざみ その他 _____ 水分のみ 絶飲食
9. 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)
10. 麻 痺 無 有 (部位 _____)
11. 排 泄 自立 一部介助 全介助 見守り
尿管留置 導尿 人工肛門 人工膀胱 尿器 P-トイレ ゴム便器 おむつ
12. 移 動 歩行 杖歩行 歩行器 車椅子 ストレッチャー
13. 移 乗 自立 一部介助 全介助 見守り
14. 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
15. 意思疎通 問題無 問題有 (筆談・難聴・手話・認知症・せん妄・意識レベルの低下)
 特記 (_____)
16. 問題行動 無 有 (認知症・せん妄・その他 _____)
 特記 (_____)
17. 疼 痛 無 有 部位 (_____) 鎮痛薬使用 (主に _____)
18. 褥 瘡 無 有 (部位 _____) マットの種類 (_____)
19. 処 置 無 有 (_____)
酸素 _____ ℓ/分中 気管切開 (永久・一時的) 吸引頻度 1/ _____ 分・時間 吸入
20. 薬 管 理 自立 ナース・家族等管理
21. 感 染 症 無 有 (MRSA/ 部位・その他感染症 _____)

通信欄