

緩和ケア病棟を紹介される主治医の先生方への質問用紙

全身状態や疾患、先生のお見立てについて質問させていただきます。

下記に示す情報が網羅されるようにご作成下さい。□は✓でチェックし、()内は入力をお願いします

患者氏名:() 性別: 男 女
生年月日:□()年()月()日 年齢:()歳()ヶ月

1. 原疾患 ()
2. 転移部位 無 有()
3. 合併症 無 有()
4. 現病歴 (貴院書式の紹介状がありましたら、下記4・5については転記の必要はありません)

5. 現在の処方内容についてお知らせ下さい (同上)

6. ご本人へ、先生はどのようにご説明されていますか？

病名：〔

)

予後告知の有無：□無

- 有 → □およそ1ヶ月以内 □およそ3ヵ月以内
□3ヵ月以上半年以内
□詳細は説明していない
□その他()

7. ご家族へ、先生はどのようにご説明されていますか？

病名：〔

)

予後告知の有無：□無

- 有 → □およそ1ヶ月以内 □およそ3ヵ月以内
□3ヵ月以上半年以内
□詳細は説明していない
□その他()

8. 現在の全身状態についてお聞かせ下さい

PS □0~1 □2 □3 □4

JCS □意識清明 □I-1 □I-2 □I-3
□II-10 □II-20 □II-30 □III桁

言語反応 □見当識の保たれた会話 □会話に混乱がある □理解不能な発声のみある
□発語(発声)障害はあるが、意識レベルに問題なし

感染症 □無 □有 → □HBsAg □STS □HCV □HIV
その他()

栄養 摂取方法 □自立 □経管 □TPN □胃瘻 □その他()
食事内容 □常食 □全粥食 □その他()

排泄 排尿 □自立 □Baカテ-テル留置 □おむつ □その他()
排便 □自立 □おむつ □ストマ

移動 □自立 □杖 □歩行器 □車椅子 □ストレッチャー

CVポート □無 □有()

ドレーナ-ジチューブ留置 □無 □有()

9. 当院緩和ケア診療・病棟に対する先生のご希望をお聞かせ下さい

〔

)

10. 当院の緩和ケア病棟を選ばれた理由がありましたらお聞かせください

- 患者の自宅近くだから □他院のベッド待ちの為 □ホームページを見たから
□特に理由はない □その他()

医療機関名：()

医師名：()

住所：()

電話番号：()

* ご記入ありがとうございました 主な検査データ、画像フィルム等をお貸しいただければ幸いです *