

# 緩和ケア相談依頼書

※ご相談の際にFAXをお願いいたします。表紙は不要です。

ご記入日： 年 月 日

医療法人 JR広島病院 地域医療連携室 FAX (082) 262-1253 平日(土日祝日除く) 8:40~17:00			
紹介元 医療機関	名称： ご担当： TEL：		
ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所			連絡先
キーパーソン	名前 (続柄)		連絡先
現在の療養場所	<input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医： <input type="checkbox"/> 入院中( 病院 病棟 科、担当医 ) <input type="checkbox"/> 入所中(施設名 )		
健康保険	( )		家族構成
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 介護度：( )		
	ケアマネ事業所：		
	ケアマネ氏名：		
依頼目的	入院相談	<input type="checkbox"/> 終末期ケア <input type="checkbox"/> 症状マネジメント <input type="checkbox"/> 在宅ケア準備 <input type="checkbox"/> その他( )	
	外来相談	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 症状マネジメント <input type="checkbox"/> 緩和ケアの導入 <input type="checkbox"/> その他( )	
病名(原発)	治療	手術	年 月頃 内容：
病名(転移)		化学療法	年 月頃 内容：
病名(合併症)		放射線	年 月頃 内容：
		<input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> その他( )	
病歴	(初診日、診断日、治療、入院日、退院日などの記載)		
主訴	<input type="checkbox"/> 疼痛(部位： 薬剤名： ) <input type="checkbox"/> 呼吸困難(酸素有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹水・胸水 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 内炎 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他( )		
予後	<input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 1~2ヶ月 <input type="checkbox"/> 3~4ヶ月 <input type="checkbox"/> 5~6ヶ月 <input type="checkbox"/> 半年以上 <input type="checkbox"/> 不明・そ		
症状の説明	本人	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済み 内容( )	
	家族	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済み 内容( )	
	説明時期	本人：	家族：
予後の説明	本人	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済み 予後( )ヶ月と説明	
		<input type="checkbox"/> 余命も含め理解している <input type="checkbox"/> 余命以外は理解している <input type="checkbox"/> その他( )	
	家族	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済み 予後( )ヶ月と説明 <input type="checkbox"/> 余命も含め理解している <input type="checkbox"/> 余命以外は理解している <input type="checkbox"/> その他( )	
説明時期	本人：	家族：	
本人の希望	<input type="checkbox"/> 明確な入院希望あり <input type="checkbox"/> 理解困難 <input type="checkbox"/> その他( )		
家族の希望	<input type="checkbox"/> 明確な入院希望あり <input type="checkbox"/> 家族間の意志不統一 <input type="checkbox"/> その他( )		
病室希望	<input type="checkbox"/> 特別室 27000円(税込) <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 急ぐのでどちらでもよい		
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド/ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 絶食 食事形態( )	
	栄養	<input type="checkbox"/> 食事のみ <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> その他( )	
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> その他( )/ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他( )	
入院を希望する場合の希望時期	<input type="checkbox"/> 可能な限り早く <input type="checkbox"/> 自宅でしばらく過ごし、辛くなったら <input type="checkbox"/> 現病院での治療終了後 <input type="checkbox"/> その他( )		

初診日 年 月 日 ) : ~ 2017年12月22日 作成