

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		□男 □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	□未申請 □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：
		□ホルモン療法 □免疫療法 □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□無) □全身倦怠感 □腹水・胸水 □浮腫 □嘔気 □発熱 □食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 □排尿障害 □褥瘡 □□□ □□内炎 □せん妄 □その他()		
予後	□日単位 □週単位 □1~2ヶ月 □3~4ヶ月 □5~6ヶ月 □半年以上 □不明・その他()		
症状の説明	本人	□未説明 □説明済み 内容()	
	家族	□未説明 □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 □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 □余命以外は理解している □その他()	
	家族	<input type="checkbox"/> 未説明 □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 □余命以外は理解している □その他()	
	説明時期	本人：	家族：
本人の希望	□明確な入院希望あり □理解困難 □その他()		
家族の希望	□明確な入院希望あり □家族間の意志不統一 □その他()		
病室希望	□特別室 20520円(税込) □無料 □急ぐのでどちらでもよい		
ADL	移動	□独歩 □杖歩行 □歩行器 □車椅子 □ベッド/□自立 □一部介助 □全介助	
	食事	□自立 □一部介助 □全介助 □絶食 食事形態()	
	栄養	□食事のみ □点滴 □中心静脈栄養 □経管栄養(胃ろう) □その他()	
	排泄	□トイレ □PTイレ □オムツ □バルン □その他() / □自立 □一部介助 □全介助	
	意思疎通	□可能 □時々可能 □ほとんど不可 □不可	
問題行動	□なし □せん妄 □徘徊 □暴言 □暴力 □昼夜逆転 □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 □自宅ですばらく過ごし、辛くなったら <input type="checkbox"/> 現病院での治療終了後 □その他()		