

緩和ケア病棟入院登録票 (医療機関記載用)

記入日: 年 月 日

※太線枠内の記載をお願いします。

新潟県立がんセンター新潟病院

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|----|---|------|------------------------------|---|----|
| 氏名 | | 様 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | 年 月 日 | 歳 | ヶ月 |
| 現病名: | | | | | 症状 or 主訴: | | | | |
| 食事 | 経口摂取/ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 義歯/ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) | | 嚥下障害・むせ/ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (種類:) (栄養剤の種類と量) | | | | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | / <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル | | | | | | |
| 移動・移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | | | | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | / <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 一般浴 (介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 特殊浴 | | | | | | |
| 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | |
| 医療行為 | <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> cv (<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ポート) <input type="checkbox"/> 酸素吸入 (ℓ/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 (カニューレの種類) | | | | | | | | |
| | その他のチューブ類 () <input type="checkbox"/> その他の処置 (パウチ交換、自壊創の処置等) | | | | | | | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | |
| 皮膚状態 | 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | エアーマットの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | WOCの介入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| 経済状況 | <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 年金生活 | | 視力・聴力障害 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| 嗜好 | 喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | 飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | | | |
| 身体拘束の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> センサー類の有無(種類) | | <input type="checkbox"/> 抑制衣 <input type="checkbox"/> 抑制帯 | | <input type="checkbox"/> 4点柵 | | <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 介護保険 <small>※情報があればご記載下さい</small> | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 | | 要介護度 () | | 有効期限 () | | | | |
| | 担当ケアマネ () | | 介護保険サービス利用状況 () | | | | | | |
| 身障手帳 | (種 級) | | その他の社会保障制度の利用状況 () | | | | | | |
| 身体所見 | 1 痛み <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 7 食欲不振 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 13 浮腫 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (部位:) | | | | |
| | 2 呼吸困難感 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 8 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |
| | 3 倦怠感 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 9 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 14 その他 (具体的に) | | | | |
| | 4 発熱 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 10 便秘 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |
| | 5 口喝 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 11 尿閉 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |
| | 6 咳嗽・痰 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 12 失禁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |
| 精神状態 | 1 不安 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 4 不眠 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |
| | 2 抑うつ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 5 眠気 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |
| | 3 せん妄 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 6 その他 (具体的に) | | | | | | |
| <本人、家族の希望・今後の方針 (在宅希望の有無など) > *有無だけでなく内容もご記入ください | | | | | | | | | |
| ① 告知内容 | | | | | | | | | |
| 本人: _____ | | | | | | | | | |
| 家族: _____ 続柄 _____ | | | | | | | | | |
| ② 予測予後の認識 (DNAR <input type="checkbox"/> 了承済み <input type="checkbox"/> 未説明) | | | | | | | | | |
| 本人: _____ | | | | | | | | | |
| 家族: _____ 続柄 _____ | | | | | | | | | |
| 家族構成 (キーパーソン: _____ 様 続柄: _____) | | | | | 備考 大切にしていること 趣味 PCUに引き継ぎたいこと | | | | |
| 代理意思表示者 _____ 様 続柄: _____) | | | | | | | | | |
| 申込書受取日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当者: _____ | | | | | 入院前面談予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | | |