

緩和ケア病棟入院申込 医師記入チェックシート

県立がんセンター新潟病院 緩和ケア内科

診療情報提供書に、以下の内容をご記入いただけますと幸いです。

確認	項目	内容
1. 疾患・診断情報		
<input type="checkbox"/>	確定診断名（原発巣）	病理診断結果含む
<input type="checkbox"/>	組織型	病理レポート添付可
<input type="checkbox"/>	病期（Stage）	TNM 分類等
<input type="checkbox"/>	転移・再発部位	現在の病変分布
<input type="checkbox"/>	診断確定日	年 月 日
2. 全身状態・ADL		
<input type="checkbox"/>	Performance Status	ECOG PS: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/>	認知機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度低下 <input type="checkbox"/> 中等度低下 <input type="checkbox"/> 重度低下
<input type="checkbox"/>	せん妄の有無・程度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過活動型 <input type="checkbox"/> 低活動型 <input type="checkbox"/> 混合型
3. 病状説明・意思決定（入棟基準確認）		
<input type="checkbox"/>	病名告知の程度	<input type="checkbox"/> A.全て告知 <input type="checkbox"/> B.一部告知 <input type="checkbox"/> C.未告知
<input type="checkbox"/>	予後告知の程度	<input type="checkbox"/> 具体的予後 <input type="checkbox"/> 予後は限局的と説明 <input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	積極的抗がん治療をしない方針への同意	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認
<input type="checkbox"/>	緩和ケア病棟入院希望	本人: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 家族: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/>	延命処置に関する意向	心肺蘇生: <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない 気管挿管: <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない
<input type="checkbox"/>	代諾者（意思決定困難時）	氏名: 続柄:
4. 主治医による予後予測		
<input type="checkbox"/>	主治医の予測生命予後	<input type="checkbox"/> A. 2 週未満 <input type="checkbox"/> B. 2 週～8 週未満 <input type="checkbox"/> C. 8 週以上
5. 在宅・転院準備状況（条件基準）		
<input type="checkbox"/>	長期入院（8 週以上）希望の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/>	在宅緩和ケア希望の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

【添付書類】

 診療情報提供書 血液検査データ 病理診断結果 画像診断結果

お問い合わせ先：県立がんセンター新潟病院 患者サポートセンター

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				

緩和ケア病棟入院申込書（患者様・家族様記載用）

記入日 年 月 日

この用紙は患者さんもしくはご家族に記入いただく用紙です。
 ご意向を確認するため、下記項目へのご記入をお願いいたします。

ふりがな お名前		性別	男 女	生年月日 年 月 日	歳
ご住所					
家族構成	連絡先 お名前（続柄）と電話番号 ① (続柄) ② (続柄)				
1、現在、もっともつらいことは何ですか。 <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳がでる <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> おなかがはる <input type="checkbox"/> 食べられない <input type="checkbox"/> 吐き気がする <input type="checkbox"/> はく <input type="checkbox"/> ひとりで動けない <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 便がでない <input type="checkbox"/> 不安が強い <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む <input type="checkbox"/> その他 ()					
2、病気以外で心配なこと、または気になることはありますか。 <input type="checkbox"/> 仕事のこと () <input type="checkbox"/> 家族のこと () <input type="checkbox"/> 経済的なこと () <input type="checkbox"/> その他 ()					
3、新潟県立がんセンター新潟病院の緩和ケア病棟を希望された理由を教えてください。(いくつでも) <input type="checkbox"/> 今ある痛みなどの苦痛をとってほしい。 <input type="checkbox"/> 精神的な援助をしてほしい <input type="checkbox"/> 今入院している病院に引き続き入院できなくなった <input type="checkbox"/> 自宅での家族の介護が難しい <input type="checkbox"/> 人に勧められた(医師、看護師、家族、友人・知人、その他：) <input type="checkbox"/> 自宅に近いから <input type="checkbox"/> 将来、苦痛な症状が出たら入院したい。 <input type="checkbox"/> 将来、自宅での療養生活が困難になったら入院したい。 <input type="checkbox"/> その他(具体的に：)					
4、緩和ケア病棟について誰からどのように説明を受けましたか。 ①誰から <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他(具体的に：) ②説明の内容 ()					
5、病気について誰からどのように説明を受けましたか。 ①誰から <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他(具体的に：) ②病名 () ③病状について ()					

裏面もあります→

新潟県立がんセンター新潟病院

