

緩和ケア科包括情報シート 外来No1

●より良い援助を考えるために、状況を確認させていただいております。お手数ではございますが、ご記入のうえ、下記番号までFAX、または外来にご持参ください。

●\*印は必須項目です。それ以外の欄は可能な範囲で構いません。

●FAX送信先:048-497-5594 TMGあさか医療センター/緩和ケア科 クラーク宛

・患者様のお名前と、ご記入者様のお名前を、ご記入下さい。

患者氏名 * FAXの場合、伏字で構いませんが、別途実名をお伝えください	様	ご記入者様氏名 * 担当医先生の場合 医療機関も記載ください	①	様
			②	様

・現在の病名やその経過、アレルギーの有無などを、ご記入下さい。

病名 * 診療情報提供書があれば不要です			
これまでのご病気の経過をお書き下さい (現病歴) * 診療情報提供書があれば不要です			
過去、どのような病気をされましたか (既往歴) * 診療情報提供書があれば不要です	いつごろ	病名、診断名、治療内容など	
これまでに薬の副作用や、アレルギーの経験はございますか? *	<input type="checkbox"/> はい	(症状や、薬の名前など)	
	<input type="checkbox"/> いいえ		

・これまでの病状説明の内容や、その受け止め方、今後へのお考えなどをご記入下さい。

今までの担当医先生から受けた説明の内容をご記入ください * 担当医先生がご記入の場合「どのように理解されているか」という視点でお書きください	ご本人	ご家族

今後の治療などについて、ご希望やお考えをご記入下さい * 担当医先生がご記入の場合、極力患者さんの視点でお書きください	ご本人	ご家族

緩和ケア科情報包括シート 外来No2

・今後、主治医からの説明や相談について、主体となる方はどなたですか。

<input type="checkbox"/> 説明も相談も、全て自分1人でよい	<input type="checkbox"/> 説明も相談も、全て家族と一緒にがよい	<input type="checkbox"/> 説明も相談も、全て家族に任せてよい
<input type="checkbox"/> その他(お考えをご記入下さい)		

・ご家族様のことについて、ご記入下さい。

現在同居されている方はどなたですか *	連絡順	氏名	電話番号	続柄
よく相談される方はどなたですか	① *	様		
	②	様		
	③	様		

・現在の住まいの状況について、ご記入下さい。 \*

<input type="checkbox"/> 戸建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅	<input type="checkbox"/> その他		
何階に生活されていますか (戸建ての方は、主に過ごされている階をご記入下さい)	_____階	エレベータの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

・生活の場所について今のお気持ちを、ご記入下さい

ご本人	ご家族
<input type="checkbox"/> 自宅で過ごしたい、入院はしたくない	<input type="checkbox"/> 自宅で過ごしたい、入院はしたくない
<input type="checkbox"/> 自宅で過ごしたい、状況によって入院してもよい	<input type="checkbox"/> 自宅で過ごしたい、状況によって入院してもよい
<input type="checkbox"/> 病院に入院したい、病院に入院していきたい	<input type="checkbox"/> 病院に入院したい、病院に入院していきたい
<input type="checkbox"/> その他(お気持ちをご記入下さい)	<input type="checkbox"/> その他(お気持ちをご記入下さい)

・介護保険、その他、社会資源の利用などについて、ご記入下さい。

介護保険は利用されていますか *	<input type="checkbox"/> 未申請	その他の資源、制度などの利用				
	<input type="checkbox"/> 申請予定					
	<input type="checkbox"/> 申請中(済み)/利用中					
介護認定調査の結果が出ている方	<input type="checkbox"/> 要支援 1	<input type="checkbox"/> 要支援 2				
	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- ・普段の生活の様子を、ご記入下さい。具体的な方法などございましたら、ぜひご記入下さい。\*
- ・下記の記入例を参考に、各項目ごとの援助の必要性について、該当するところに☑を入れてください。

記入例)「歩行について」☐一人で可能、☑一部援助が必要 ☐全体的に援助が必要

具体的な方法や内容:

記入例(起き上がりはできるが靴を履くことができない)(介助者が手を引けば杖を使って歩くことができる)など

1)食事について:☐一人で可能 ☐食事動作は可能 ☐時々援助が必要 ☐全体的に援助が必要 ☐その他

・具体的な方法、内容:

2)排泄場所について:☐トイレ ☐車いすトイレ ☐ポータブルトイレや尿器など ☐パット付パンツ ☐オムツ ☐その他

・具体的な方法、内容:

3)移動手段について:☐歩行 ☐手引き歩行や杖歩行 ☐シルバーカーや歩行器など ☐車いす ☐ストレッチャー ☐その他

・具体的な方法、内容:

4)入浴などについて:☐一人で可能 ☐時々援助が必要 ☐全体的に援助が必要 ☐その他

・具体的な方法、内容:

5)その他

### 【医療者記入欄】\*

緩和ケア病棟をご希望の場合、ご家族までも構いませんので、以下の3点にあらかじめご同意を得てください。

#DNARについて: ☐ 諾 ☐ 否

#心拍モニタリングを行わないことについて: ☐ 諾 ☐ 否

#身体抑制を行わないことについて: ☐ 諾 ☐ 否

#その他の問題点があればご記入ください

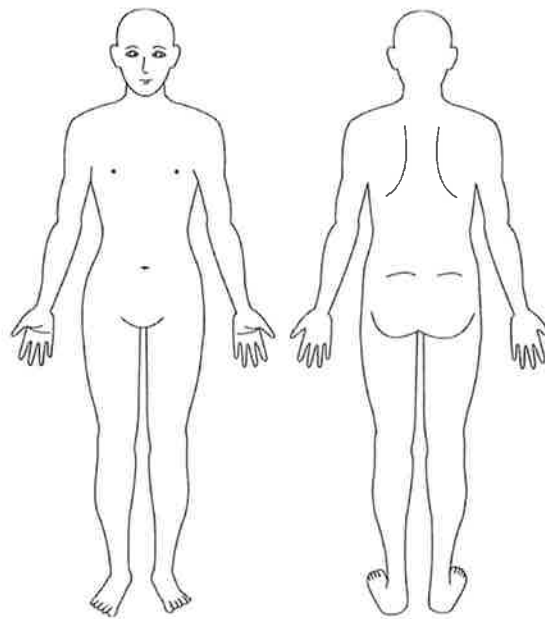
・近頃の、お体の具合、お気持ちの具合についてご記入下さい

・あなたは、今、どのように感じていますか。最もよくあてはまる数字に○(まる)をつけてください。  
 ・「0」が、症状のない状態。「10」が、最も症状がひどい状態です。

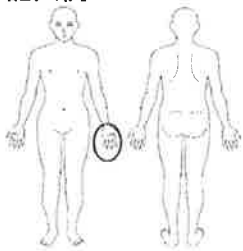
例「痛み」	(なし)	0	1	2	③	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)
痛み	(なし)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)
だるさ	(なし)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)
眠気	(なし)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)
吐き気	(なし)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)
食欲不振	(なし)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)
息苦しさ	(なし)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)
気分の落ち込み	(なし)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)
不安	(なし)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)
全体的な調子 (最も良い)	(なし)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)
【            】	(なし)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (最もひどい)

他の症状(例:便秘など)

・右の図に、お体の不調がある部位に、○で囲うなどの印を付けて下さい。  
 ・可能であれば、その症状もご記入下さい。



記入例



ズキズキ痛む

記入した人(チェックを一つ入れて下さい)

- 患者さんご自身が記入
- ご家族が記入
- 医療従事者が記入
- ご家族、医療従事者が手伝い患者さんが記入

ESAS評価日

時間 :