

緩和ケア病棟入棟面談依頼書

		記載日		年	月	日
ご施設 ご診療科	先生のお名前					
フリガナ						
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年	月	日
住所	〒 -					
連絡先	①TEL () 本人・他()					
	②TEL () 本人・他()					
主病名	転移 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> その他()		発症・診断時期	年	月	日 <input type="checkbox"/> 発症 <input type="checkbox"/> 診断
手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位および主要所見	手術年月日	令和 平成	年	月 日

添付の紹介状には以下のご記載・ご用意もお願い致します。

- ・治療の引き継ぎに必要な、**点滴を含めた投薬内容**
- ・**放射線治療**の既往があれば強度・回数・部位
- ・**画像検査結果と血液検査結果**

※主病名、発症・診断時期・手術・手術年月日は添付の紹介状に明記されていれば省略可

1. 依頼目的をお教え下さい

- 早く入棟させたい (訪問診療 入院中 通院中) 今後、病状が進行した際に備えたい
- その他()

2. 現在の状況をお教え下さい

- 症状: 疼痛 呼吸困難 せん妄 胸腹水 その他()
- 症状コントロール困難で強い 症状は治療により弱いまたは落ち着いている 症状は弱いまたは無い
- ADL: ベッド上のみ 屋内移動に介助を要す 外出に介助を要す 自立
- 食事量: 全く食べられない 元気なころの1~2割 3~6割 それ以上 中心静脈/経管栄養
- 認知機能: 問題なし 認知症あり せん妄あり 年齢相応の理解力低下

- 病名・病状・方針などを継続して理解できている
- 忘れてることが多いが、話すとその場では理解し判断できる
- 理解は難しい

3. 患者さん、ご家族へのご説明状況をお教え下さい

- | | | | |
|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 現在の病名・進行状況 | <input type="checkbox"/> 本人に説明済み | <input type="checkbox"/> 家族に説明済み | } 本人・家族とも
必須とさせて
頂いています |
| 病気自体の治療はこれ以上は難しいこと | <input type="checkbox"/> " | <input type="checkbox"/> " | |
| 残された時間の見込み | <input type="checkbox"/> " | <input type="checkbox"/> " | |

4. 緩和ケア病棟の治療について患者・家族のご理解の状況についてお教えください。

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| 痛みやせん妄など癌の症状の治療を専門的に行う場所であること | <input type="checkbox"/> 本人了承済み | <input type="checkbox"/> 家族了承済み | <input type="checkbox"/> 未 |
| がん自体の治療は行う事が出来ないこと | <input type="checkbox"/> 本人了承済み | <input type="checkbox"/> 家族了承済み | <input type="checkbox"/> " |
| 心肺蘇生・輸血・透析は行えないこと | <input type="checkbox"/> 本人了承済み | <input type="checkbox"/> 家族了承済み | <input type="checkbox"/> " |

5. 緩和ケア病棟の運用について患者・家族のご理解の状況についてお教えください。

- 治療が一段落している場合は退院もしくは転院いただく時があること 本人了承済み 家族了承済み 未

6. 本人の緩和ケア病棟の理解・移動の希望についてお教え下さい。

- 本人の緩和ケア病棟への移動希望: 希望している 納得はしている 希望も納得もせず 不明

※上記4,5,6については面談時は必須ではありませんが、ご理解頂いているとスムーズな引受けに繋がります。

面談時に「本人に意向を確認してから決めたい」と言われて、時間が必要になるケースが多いです。
本人が上記を理解・了承している場合は、面談に来る方に共有しておいて頂ければと存じます。

ご不明な点がございましたら、緩和支援療法科医師 または緩和ケア病棟までご連絡下さい。

045-782-2101(代表) 内線(1536/1537)/地域連携室(直通)045-782-8939