

(FAX送信票) 依頼日 平成 年 月 日

都志見病院 緩和ケア外来紹介用質問票

紹介元医療機関名		医師名		
氏名	性別	男・女	年齢	
			歳	
病名	生年月日		M T S H 年 月 日	
		都志見病院ID		
身体所見	症状の性質	重症度	症状の性質	重症度
	痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
	呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
	倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	不安	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	抑うつ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
	咳・痰	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	せん妄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
	食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	不眠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
	嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	眠気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	その他	()	
処置等の内容	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他			
確認事項	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	PS	<input type="checkbox"/> 0(無症状、発症前と同等にふるまえる) <input type="checkbox"/> 1(軽度の症状、歩行や軽労働、座業はできる) <input type="checkbox"/> 2(時に少し介助が必要、軽労働はできないが日中の50%は起居) <input type="checkbox"/> 3(しばしば介助が必要、日中の50%以上は就床) <input type="checkbox"/> 4(常に介助が必要、終日就床)		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不能または不可		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不能または不可(移動方法:車椅子・ストレッチャー)		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不能または不可(ポータブルトイレ・バルン・オムツ)		
	会話	<input type="checkbox"/> 談話可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話は可能 <input type="checkbox"/> 会話不能(筆談可能・不可能)		
	本人の楽しみ	趣味など:		
療養生活支援	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(介護度:自立 要支援Ⅰ・Ⅱ 要介護Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ)		
	介護保険利用	ケアマネ(氏名) (所属)		
	経済的問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
	在宅看取り	患者: <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望無 <input type="checkbox"/> 不明 家族: <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望無 <input type="checkbox"/> 不明		
家庭環境	キーパーソンの氏名	続柄	家族構成	
	緊急時の連絡先			
患者・家族への説明・告知	病名について	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(理由)		<理解の程度>
	病状について	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(理由)		
	予後について	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(理由)		
臨床的予後予測	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日にち単位			
患者様のご希望				
ご家族のご希望				