

記載日 20 年 月 日

ふりがな	年齢	性別	在 所	相談目的
患者氏名	歳	男 女	自宅 施設 入院	外来 入院 バックベッド
貴院・施設名	担当者様		連絡先	
キーパーソン 氏名	続柄			
その他 連絡事項				

以下の項目についてチェック☑、またはご記入をお願いします。

【診断名】 【ご紹介の経緯】 ☐ 治療継続困難と判断された ☐ 治療継続中であるが事前の紹介が必要と判断した ☐ 本人・家族の希望 ☐ その他()	【ADL】 食事 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 普通食 ☐ 粥食 ☐ 流動食 食種() 排泄 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ トイレ ☐ 尿器 ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ 導尿 ☐ 留置カテーテル 清潔 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 浴槽 ☐ シャワー ☐ 清拭 (回/週) 更衣 ☐ 自立 ☐ 介助 移動 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ ストレッチャー ☐ 歩行 ☐ 杖 ☐ 歩行器 理解力 認知症 ☐ なし ☐ あり (程度:) ☐ 難聴 (程度:)
【臨床的な予後予測】 ☐ 1ヶ月以内 ☐ 2~3ヶ月 ☐ 3~6ヶ月 ☐ 6ヶ月以上 【本人への告知、理解度について】 病名・病状 ☐ 告知 ☐ 未告知 理解度 ☐ 理解している ☐ 理解できていない ☐ 認識不能 ☐ 不明 予後・余命 ☐ 告知 ☐ 未告知 ☐ 気づいていると予測 ☐ 認識不能 ☐ 不明 緩和について ☐ 説明済 ☐ 未説明 ☐ 認識不能 ☐ 不明 ☐ 同意 ☐ 消極的 ☐ 拒否	コミュニケーション ☐ 会話 ☐ 筆談 ☐ 文字盤 ☐ その他() ☐ 辻褄が合わない ☐ 意識レベル低下(程度:) ☐ せん妄 ☐ その他() 服薬管理 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 医療者 ナースコール ☐ 可 ☐ 不可 ☐ センサー使用 (離床・床・その他) 抑制 ☐ なし ☐ あり() 感染症 ☐ なし ☐ あり()
【家族への告知、理解度について】 病名・病状 ☐ 告知 ☐ 未告知 理解度 ☐ 理解している ☐ 理解できていない ☐ 認識不能 ☐ 不明 予後・余命 ☐ 告知 ☐ 未告知 ☐ 気づいていると予測 ☐ 認識不能 ☐ 不明 緩和について ☐ 説明済 ☐ 未説明 ☐ 認識不能 ☐ 不明 ☐ 同意 ☐ 消極的 ☐ 拒否	【生活環境について】 保険種類 ☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 共済 ☐ 後期高齢 ☐ 生保 ☐ その他 負担割合(割) 介護保険 ☐ なし ☐ あり ☐ 申請中 (要支援・要介護) ケアマネージャー() 在宅療養の希望 ☐ なし ☐ あり 自宅環境 ☐ 一軒家 ☐ 集合住宅 ☐ 施設 ☐ 賃貸 本人・家族の今後の要望
【現在の症状】 全身状態(PS) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 疼痛 ☐ なし ☐ あり (部位:) ※鎮痛薬() しびれ ☐ なし ☐ あり (部位:) 呼吸困難 ☐ なし ☐ あり 咳・痰 ☐ なし ☐ あり 吸引() 嘔気・嘔吐 ☐ なし ☐ あり 食思不振 ☐ なし ☐ あり 倦怠感 ☐ なし ☐ あり 浮腫 ☐ なし ☐ あり (部位:) 胸水 ☐ なし ☐ あり 腹水 ☐ なし ☐ あり 便秘 ☐ なし ☐ あり その他症状 () 身長 cm 体重 kg	【緩和面談希望時期】 介入時期など希望があればお教え下さい
【医療処置内容】 注射・点滴 ☐ なし ☐ あり ☐ 末梢 ☐ CVカテーテル ☐ CVポート ☐ PIGG ☐ 持続静脈注射 ☐ 持続皮下注射 酸素 ☐ なし ☐ あり 流量 L/min ☐ 経鼻カニューレ ☐ マスク ストーマ ☐ なし ☐ あり (コロストミー ウロストミー) 気管挿管 ☐ 気管カニューレ ☐ 気管切開 (Fr) ドレーン ☐ なし ☐ あり (種類:) その他	