

京都民医連中央病院 緩和ケア病棟用質問用紙

フリガナ

患者氏名： _____ 様 男・女 生年月日 _____ 年 月 日 歳

* 該当する欄に(□)にチェックし、必要事項をご記入ください。診療情報と重複する場合は結構です。

I. 緩和ケア病棟紹介の経緯

治療を目的とする治療ができなくなったため 末期状態となったため 本人の希望 家族の希望
その他(_____)

II. 病名・病状の説明について

①本人へ (いつ頃： _____)

説明した (病名のみ 転移・再発も含めて 予後も含めて)
十分理解している ある程度理解している 理解しているか疑わしい 理解不能
<具体的な説明内容>

説明していない 《理由》 _____

②家族へ (いつ頃： _____)

説明した (患者への説明と同内容 病名のみ 転移・再発も含めて 予後も含めて)
十分理解している ある程度理解している 理解しているか疑わしい 理解不能
<具体的な説明内容>

説明していない 《理由》 _____

III. 介護保険について

申請 済 未 済の場合は現在の介護度 (_____)
ケアマネージャー 事業所・氏名 (_____)

IV. DNR オーダーについて

患者 了承している
家族 了承している

※ 当院緩和ケア病棟入院される場合、登録の際には DNR 確認が必要となります。

V. 臨床的予後予測 (記載時点で)

1年以上 6ヶ月以上 6ヶ月程度 5ヶ月程度 4ヶ月程度 3ヶ月程度 2ヶ月程度
1ヶ月程度 週単位 日にち単位 その他 (_____)

VI. 予後決定因子

原発巣 肺転移 腹部転移 脳脊髄転移 その他 (_____)

VII. 診療情報

1. 診断

- 1) 原疾患 (_____)
- 2) 原発部位 (_____)
- 3) 病理診断 (_____)
- 4) 確定診断日 (_____ 年 月 日)
- 5) 直接浸潤 なし あり (部位： _____)
- 6) 転移 なし あり (部位： _____)
- 7) 原発に付随する合併症 (例：イレウス、水腎症)
なし あり (具体的な内容： _____)

8) その他の疾患

- 糖尿病 肝硬変 慢性肝炎 腎障害 心機能低下 慢性呼吸不全 結核
消化管潰瘍 精神疾患 () 脳・神経疾患 ()
その他 ()

9) 既往歴:

2. これまでの治療の概略

i) 外科的治療 なし

あり 手術年月日 _____ 術式 _____

ii) 放射線治療 なし

あり 照射部位 _____ 総線量 _____ 時期 _____

iii) 化学療法・内分泌治療・免疫療法 なし

あり 治療薬 _____ 時期 _____

3. 現在の症状

1) 疼痛 なし

あり 部位 ()

2) その他苦痛となる身体症状 なし

あり 具体的に ()

3) 精神症状 なし

あり → 不眠・不安・抑うつ・せん妄・認知症・その他 ()

4) 急変の可能性 なし

あり 具体的に ()

5) 感染症 なし あり 未検査 (*データを添付して下さい)

ありの場合 → HBs-Ag・HCV・TPHA・HIV・MRSA・VRE・その他 ()

4. 現在の治療

1) 他科・他院受診 なし

あり 診療科・治療内容など ()

2) 装着されているチューブ類について

末梢静脈ルート

CV カテーテル (年 月 日 留置・交換)

気管カニューレ (年 月 日 留置・交換) 種類・サイズ _____

膀胱留置カテーテル (年 月 日 留置・交換) サイズ _____

PTBD・PTCD (年 月 日 留置・交換)

NG チューブ (目的: 栄養・水分補給・排液/減圧)

胃瘻 (目的: 栄養・水分補給・排液/減圧)

その他 ()

5. 治療や日常のケアを提供させていただく上で特に留意する点がありましたらご教示ください。

* 診療情報提供書・現在の処方内容 (内服薬・注射薬など)・血液データ・画像・ADL などの
情報提供をお願いします。

記載日 年 月 日

医療機関名

診療科

医師