

緩和ケア病棟を希望される患者さまへ

氏名		性別		生年月日	年 月 日 ( 才 )
住所					
電話		現在	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 自宅	
① これまでかかっていた医療機関および主治医名					
② 病気について誰からどのように説明されていますか？ (病名や病状などできるだけ具体的にお願いします)					
③ 今、つらいことは何ですか？ (複数選択可)					
<input type="checkbox"/> 痛み (痛みのある場所： ) <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 吐き気やおう吐 <input type="checkbox"/> おなかの張り <input type="checkbox"/> 便秘または下痢 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 不安 (どのようなことが： ) <input type="checkbox"/> その他 (自由にお書きください)					
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>					
④ 緩和ケア病棟はどのようなところだとお考えですか？ (複数選択可)					
<input type="checkbox"/> 痛みなどつらさをやわらげる <input type="checkbox"/> つらい治療や検査がない <input type="checkbox"/> 家族が泊まることのできる <input type="checkbox"/> 外出・外泊ができる <input type="checkbox"/> ゆっくり休める <input type="checkbox"/> 好きなものが食べられる <input type="checkbox"/> 人生を終えるところ <input type="checkbox"/> よくわからない <input type="checkbox"/> 気持ちのつらさをゆっくり聴いてもらえる <input type="checkbox"/> その他 (自由にお書きください)					
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>					
⑤ 緩和ケア病棟を希望された理由と、望むことはなんですか？ (複数選択可)					
<input type="checkbox"/> つらい症状があるため <input type="checkbox"/> つらい治療や検査を受けたくない <input type="checkbox"/> 静かにすごしたい <input type="checkbox"/> 家で療養するのは困難・心配がある <input type="checkbox"/> 家族に負担をかけたくない <input type="checkbox"/> 今の病院に長くいられない <input type="checkbox"/> 医師や看護師、家族からのすすめ <input type="checkbox"/> 痛みや身体のきつさを治療してほしい <input type="checkbox"/> 民間療法をしたい <input type="checkbox"/> 気持ちのつらさを癒してほしい <input type="checkbox"/> なにもしてほしくない <input type="checkbox"/> その他 (自由にお書きください)					
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>					

⑥ あなた自身、今病気はどのような状態にあると認めていらっしゃいますか？
⑦ 緩和ケア病棟へ入院することでお困りのことはありますか？（複数選択可）
<input type="checkbox"/> 家から遠くなる <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れるか不安 <input type="checkbox"/> お金（医療費や生活費）のこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 学校のこと <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他（自由にお書きください） （ ）
⑧ 現在、心配なことやお聞きになりたいことはありますか？（複数選択可）
<input type="checkbox"/> 今の病状について <input type="checkbox"/> 今後の見通しについて <input type="checkbox"/> 今の苦痛がとれるかどうか <input type="checkbox"/> お金のこと <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟がどのような医療をおこなうのか <input type="checkbox"/> 民間療法などはできるのか <input type="checkbox"/> その他（    ）
⑨ 今後、病気の説明をどの程度うけたいですか？
<input type="checkbox"/> 詳しく聞きたい <input type="checkbox"/> 聞きたくないことがある（具体的には：    ） <input type="checkbox"/> 自分が望むときだけ聞きたい <input type="checkbox"/> 全て聞きたくない
⑩ 病気のことを聞く場合
<input type="checkbox"/> 自分だけがいい <input type="checkbox"/> ほかの人と一緒にいい（続柄：    ） <input type="checkbox"/> どちらでもいい <input type="checkbox"/> その他（    ）
⑪ 緩和ケア病棟入院時、部屋の希望はありますか？
<input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 早ければどちらでも良い
⑫ 症状が落ち着いたら自宅での療養を希望されますか？
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
⑬ 緩和ケア病棟の見学を希望されますか？
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 見学済み
⑭ ご自身で意思決定ができない状況となったとき、どなたに決めていただきたいか、決まっていますか？
<input type="checkbox"/> 決まっている（名前（    ） 続柄（    ）） <input type="checkbox"/> 決まっていない
⑮ もしもの時、心臓マッサージや人工呼吸器、血圧をあげる薬等による延命治療を望みますか？
<input type="checkbox"/> 全てやらないでほしい <input type="checkbox"/> やってほしいものもある（具体的に：    ） <input type="checkbox"/> 全てやってほしい

自筆者署名（代筆者署名）

\_\_\_\_\_年   月   日   署名： \_\_\_\_\_

ご記入ありがとうございました。

2018年改訂 沖縄県緩和ケア部会

緩和ケア病棟を希望されるご家族の方へ

患者さまの				
氏名		性別	生年月日	年 月 日 ( 才)
住所				
電話		現在	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 自宅
ご記入者の				
氏名		続柄	電話	
① 病気について患者さま本人は、医師からどのように説明されていますか？				
<input type="checkbox"/> 病名、今の病状、今後の予測など全て話されている				
<input type="checkbox"/> 本人へは話されていないことがある（内容： _____）				
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
② 患者さまご本人は説明内容について、どのように理解されていると思いますか？				
<input type="checkbox"/> 全て理解している <input type="checkbox"/> わかっていないこともある（内容： _____）				
<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
③ 病気についてご家族（あなた）は、医師からどのように説明されていますか？ （病名や病状などできるだけ具体的にお願いします）				
④ ご家族（あなた）が緩和ケア病棟を希望された理由と、望むことはなんですか？（複数選択可）				
<input type="checkbox"/> 本人が希望しているから <input type="checkbox"/> 医師や看護師にすすめられたから <input type="checkbox"/> 今の病院に長くいられない				
<input type="checkbox"/> 家で介護は心配 <input type="checkbox"/> 穏やかな環境ですごしてほしい <input type="checkbox"/> 痛みや身体のきつさを治療してほしい				
<input type="checkbox"/> 気持ちのつらさを癒してほしい <input type="checkbox"/> 家族でゆっくり過ごす時間がほしい <input type="checkbox"/> 民間療法をしたい				
<input type="checkbox"/> なにもしてほしくない <input type="checkbox"/> その他（自由にお書きください）				
⑤ 緩和ケア病棟はどのようなところだとお考えですか？（複数選択可）				
<input type="checkbox"/> 痛みなど体のつらさ、心のつらさをやわらげる <input type="checkbox"/> つらい治療や検査がない <input type="checkbox"/> ゆっくり休める				
<input type="checkbox"/> 好きなものが食べられる <input type="checkbox"/> 家族も泊まることできる <input type="checkbox"/> 人生を終えるところ <input type="checkbox"/> よくわからない				
<input type="checkbox"/> その他（自由にお書きください）				



緩和ケア情報シート（医師記入用）

患者名		性別		生年月日	年	月	日	(才)
現在	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自宅							
① 病歴（なるべく詳しくご記入ください。＊診療情報提供書に記載あれば記入不要。）								
② 診断（＊診療情報提供書に記載あれば記入不要。下記内容もれがないようお願いします。）								
1) 原疾患		原発部位(詳細)				右・左		
病気分類 (UICC)	cT	N	M	pT	N	M	Stage	
2) 病理診断	(分化度)			確定日	年 月 日			
3) 転移・再発	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 胸膜播種・浸潤 ( ) <input type="checkbox"/> 骨 ( <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ( )) <input type="checkbox"/> リンパ節 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明・未検査							
4) 合併症	<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> がん性疼痛(部位: ) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
5) Performance Status	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4							
6) 既往歴								
薬剤・食物アレルギー（無・有( )） 禁忌薬（無・有( )）								
③ これまでの治療（＊診療情報提供書に記載あれば記入不要。下記内容もれがないようお願いします。）								
1) 外科治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術年月日 年 月 日 術式 ( )							
2) 放射線治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 照射部位 ( ) 総線量 ( ) 時期 ( )							
3) 化学療法	<input type="checkbox"/> 無 内分泌療法 <input type="checkbox"/> 有 治療薬 ( ) 免疫療法 時 期 ( )							
④ 現在の治療								
1) 現在の処方内容（点滴内容・量など含む）								
2) 挿入されているチューブ類 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（＊名称・サイズ )								

3) 栄養	
□末梢輸液 □CV ポート (挿入部位 ) ) □TPN (□CV カテーテル (挿入部位 ) )	
□経腸 (□胃ろう □腸ろう □経鼻胃管) 内容と投与量 ( )	
□経口 (内容と摂取量 )	
⑤ 緩和ケア病棟紹介経緯	
□治癒目的とした治療に反応しなくなったため □本人の希望 □家族の希望 □末期状態になったため	
□その他 (具体的に) ( )	
⑥ 病名・病状告知状況とその理解度	
患者	□全告知 □部分告知*
	□未告知* → 転院についてどのように説明しているか ( )
	*の理由 ( )
	□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
家族	□全告知 誰に ( ) □部分告知*
	□未告知* → 転院についてどのように説明しているか ( )
	*の理由 ( )
	□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
⑦ 予後告知の有無とその理解度	
患者	□告知あり 内容 ( )
	□告知なし 理由 ( )
	□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
家族	□告知あり 誰に ( ) 内容 ( )
	□告知なし 理由 ( )
	□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
⑧ 延命治療についての説明について	
患者	□希望する (□心臓マッサージ □人工呼吸器 □昇圧剤) □希望しない □未説明
家族	□希望する (□心臓マッサージ □人工呼吸器 □昇圧剤) □希望しない □未説明
⑨ 臨床的予後予測	
□6ヶ月以上 □3~6ヶ月 □3ヶ月程度 □1ヶ月程度 □週単位 □日単位 □急変可能性あり	
□その他 ( )	
*感染症 (HC,HB など) データがございましたらコピーをお願いします。 また、血液データ、画像などできるだけお貸しいただければ幸いです。	

ご記入ありがとうございました。

記入年月日： 年 月 日

医療機関名：

医師名 (科)： ( )

緩和ケア情報シート（看護師記入用）

患者名		性別		生年月日	年 月 日 ( 才 )
現 在	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自宅	介護度 ( )	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	ケアマネ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
記入者名		所属		記入日	
① 身体状況					
1) 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 2) 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 3) 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (処置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: 方法: ) ) 4) 寝返り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (体位変換 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 ) 5) 起き上がり <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 6) 座位保持 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えればできる <input type="checkbox"/> できない 7) 立ち上がり <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 8) 歩行 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 付き添い <input type="checkbox"/> その他: ( )) 9) 車いす移乗 <input type="checkbox"/> できる (自走 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 10) 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 11) 酸素使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( L/ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> オキシマイザー <input type="checkbox"/> NHF <input type="checkbox"/> その他 ( )) 12) 処置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 13) ベッド <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 除圧マット <input type="checkbox"/> 普通マット <input type="checkbox"/> その他 ( )					
② 食事					
1) 食事内容 種類 ( ) 形態 ( ) ( ) Kcal/日 2) 食事摂取量 <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分ほど <input type="checkbox"/> 半分以下 <input type="checkbox"/> 数口のみ <input type="checkbox"/> 経口摂取困難 3) 食事方法 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 ( <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろうや腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻胃管チューブ <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> その他 ( ) 4) 水分 <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> とろみを使えばむせない <input type="checkbox"/> むせない 5) 口腔 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自歯					
③ 排泄					
1) 尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ( <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 2) 便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ( <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 3) 排泄移動 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
④ 清潔					
1) 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ( <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> シャワーストレッチャー <input type="checkbox"/> 清拭) 2) 洗髪 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ( <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 洗髪車 <input type="checkbox"/> ドライシャンプー) 3) 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 4) 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					

⑤ コミュニケーション
1) 意思伝達 <input type="checkbox"/> 十分できる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> できない 2) 表現方法 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 発声補助器具 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> その他 3) 聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 大きな声で <input type="checkbox"/> 難聴（補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> その他 4) 視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 眼鏡やコンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 障害あり（ ） 5) ナースコール <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない
⑥ 理解・行動
1) もの忘れ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2) 意思決定 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 判断困難 3) 感情 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々不安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 抑うつ 4) 転落予防 <input type="checkbox"/> 高いベット柵 <input type="checkbox"/> 柵固定 <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 詰所見守り <input type="checkbox"/> 離床センサーやマット <input type="checkbox"/> その他（ ） 5) 精神状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 介護の抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 音たて（ <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 歌 <input type="checkbox"/> 叫ぶ <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 奇声） 6) 睡眠 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 薬剤使用（薬剤名： 頻度： <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 必要時） <input type="checkbox"/> その他（ ） 7) 意識レベル <input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 刺激で一時的に覚醒 <input type="checkbox"/> 傾眠
⑦ その他、気になることがあれば教えてください。
⑧ 緩和ケア病棟紹介について患者の思いや今後、どう過ごしたいと希望しているか。
⑨ 緩和ケア病棟紹介について家族の思いや、今後どのように過ごしてほしいと希望しているか。
⑩ 現在の症状
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> ねむけ <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息切れ・息苦しさ <input type="checkbox"/> 悪心嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他（ ） * どのような時に症状が強くなり、どのような対応をしているか（ ）

ご記入ありがとうございました。