緩和ケア情報シート ver.3.0（医師記入用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者名 |  | | | 性別 |  | 生年月日 | | 年 月 日（ 才） | | | | |
| 現 在 | □入院中 □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 |
| 病期分類（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 | | □脳 □肺 □肝 □副腎 □腹膜 □胸膜播種・浸潤（ ）  □骨（□脊椎 □上腕骨 □大腿骨 □骨盤 □その他（ ）  □リンパ節（ ） □その他（ ）□不明・未検査 | | | | | | | | | | |
| 4）合併症 | | □意識障害 □食欲不振 □せん妄 □呼吸困難 □胸水 □腹水 □浮腫 □抑うつ  □歩行障害 □がん性疼痛（部位： ）□褥瘡（部位： ）  □その他（ ） | | | | | | | | | | |
| 5）Performance Status | | | | | □1 □2 □3 □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 | | □無  □有 手術年月日 年 月 日 術式（ ） | | | | | | | | | | |
| 2）放射線治療 | | □無  □有 照射部位（ ）総線量（ ）時期（ ） | | | | | | | | | | |
| 3）化学療法内分泌療法免疫療法 | | □無  □有 治療薬（ ）  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 □無 □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。 | |

記入年月日： 年 月 日医療機関名：

ご記入ありがとうございました。

医師名（科）： （ ）

2018 年改訂 沖縄県緩和ケア部会

緩和ケア情報シート ver.3.0（看護師記入用）

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1）意思伝達 □十分できる □いくらか困難 □具体的要求のみ □できない | | | |
| 2）表現方法 □会話 □筆談 □発声補助器具 □文字盤 □その他 | | | |
| 3）聴力 □問題なし □大きな声で □難聴（補聴器□有 □無） □その他 | | | |
| 4）視力 □問題なし □眼鏡やコンタクトレンズ □障害あり（ ） | | | |
| 5）ナースコール □押せる □押せない | | | |
| ⑥ 理解・行動 | | | |
| 1）もの忘れ □無 □有 | | | |
| 2）意思決定 □自立 □いくらか困難 □判断困難 | | | |
| 3）感情 □安定 □時々不安定 □不安定 □せん妄 □抑うつ | | | |
| 4）転落予防 □高いベット柵 □柵固定 □安全ベルト □詰所見守り | | | |
| □離床センサーやマット □その他（ ） | | | |
| 5）精神状態 □幻覚 □介護の抵抗 □徘徊 □不潔行為 | | | |
| □音たて（□独語 □歌 □叫ぶ □泣く □奇声） | | | |
| 6）睡 眠 □問題なし □薬剤使用（薬剤名： 頻度：□定期 □必要時） □その他（ ） | | | |
| 7）意識レベル □清明 □刺激で一時的に覚醒 □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 | | | |
| □痛み □しびれ □ねむけ □倦怠感 □息切れ・息苦しさ □悪心嘔吐  □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（ | □食欲不振 | □不眠 | ） |

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

緩和ケア情報シート ver.3.0（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 | | □入院中 | □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） | | | | | | | | | |
| □痛み（痛みのある場所： ） □息苦しさ □吐き気やおう吐  □おなかの張り □便秘または下痢 □食欲がない □発熱 □だるさ □かゆみ □眠れない  □経済的なこと □家族のこと □不安（どのようなことが： ）  □その他（自由にお書きください） | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | |
| □痛みなどつらさをやわらげる □つらい治療や検査がない □家族が泊まることができる  □外出・外泊ができる □ゆっくり休める □好きなものが食べられる □人生を終えるところ  □よくわからない □気持ちのつらさをゆっくり聴いてもらえる  □その他（自由にお書きください） | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | |
| □つらい症状があるため □つらい治療や検査を受けたくない □静かにすごしたい  □家で療養するのは困難・心配がある □家族に負担をかけたくない □今の病院に長くいられない  □医師や看護師、家族からのすすめ □痛みや身体のきつさを治療してほしい □民間療法をしたい  □気持ちのつらさを癒してほしい □なにもしてほしくない □その他（自由にお書きください） | | | | | | | | | |
| ⑥ あなた自身、今病気はどのような状態にあると思っ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） |
| □家から遠くなる □家族のこと □新しい環境に慣れるか不安 □お金（医療費や生活費）のこと  □仕事のこと □学校のこと □特になし □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） |
| □今の病状について □今後の見通しについて □今の苦痛がとれるかどうか □お金のこと  □緩和ケア病棟がどのような医療をおこなうのか □民間療法などはできるのか  □その他（ ） |
| ⑨ 今後、病気の説明をどの程度うけたいですか？ |
| □詳しく聞きたい □聞きたくないことがある（具体的には： ）  □自分が望むときだけ聞きたい □全て聞きたくない |
| ⑩ 病気のことを聞く場合 |
| □自分だけがいい □ほかの人と一緒がいい（続柄： ） □どちらでもいい  □その他（ ） |
| ⑪ 緩和ケア病棟入院時、部屋の希望はありますか？ |
| □有料 □無料 □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？ |
| □希望する □希望しない |
| ⑬ 緩和ケア病棟の見学を希望されますか？ |
| □希望する □希望しない □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？ |
| □決まっている（名前（ ）続柄（ ） □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？ |
| □全てやらないでほしい □やってほしいものもある（具体的に： ）  □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

緩和ケア情報シート ver.3.0(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 | | | □入院中 |  | □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？ | | | | | | | | | | | | |
| □病名、今の病状、今後の予測など全て話されている  □本人へは話されていないことがある（内容：  □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？ | | | | | | | | | | | | |
| □全て理解している □わかっていないこともある（内容：  □わからない □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） | | | | | | | | | | | | |
| □本人が希望しているから □医師や看護師にすすめられたから □今の病院に長くいられない  □家での介護は心配 □穏やかな環境ですごしてほしい □痛みや身体のきつさを治療してほしい  □気持のつらさを癒してほしい □家族でゆっくり過ごす時間がほしい □民間療法をしたい  □なにもしてほしくない □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） | | | | | | | | | | | | |
| □痛みなど体のつらさ、心のつらさをやわらげる □つらい治療や検査がない □ゆっくり休める  □好きなものが食べられる □家族も泊まることができる □人生を終えるところ □よくわからない  □その他（自由にお書きください） | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 緩和ケア病棟へ入院することで心配なことはありますか？（複数選択可） | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| □家から遠くなる □家族のこと □新しい環境に慣れるか不安 □お金のこと □仕事のこと  □学校のこと □特になし □その他（ ） |
| ⑦ 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） |
| □今の病状について □今後の見通しについて □今の苦痛がとれるのか □外出や外泊はできるのか  □お金のこと □緩和ケア病棟はどのような医療をおこなうのか □ペットと面会もできるのか  □食事がとれなくなったらどうするのか □民間療法などはできるのか  □その他（ ） |
| ⑧ 緩和ケア病棟入院時、部屋の希望はありますか？ |
| □有料 □無料 □早ければどちらでも良い |
| ⑨ 症状が落ち着いたら自宅での療養を希望されますか？ |
| □希望する □希望しない |
| ⑩ 緩和ケア病棟の見学を希望されますか？ |
| □希望する □希望しない □見学済み |
| ⑪ 緩和ケア病棟では終末期における延命治療を原則おこないませんが、延命治療（心臓マッサージ、人工呼吸器、血圧を保つ薬など）についてどのようにお考えですか？ |
| □希望する □希望しない □場合によって相談したい |
| ⑫ 延命治療について、患者さまご本人と相談されたことはありますか？その時の患者さまご本人の希望はなんですか？ |
|  |

記入者署名

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