





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	<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	
<b>① 身体状況</b>					
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 ( )					
<b>② 食事</b>					
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					
<b>③ 排泄</b>					
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					
<b>④ 清潔</b>					
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"/> いづらか困難 <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"/> いづらか困難 <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。

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	<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)					
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)					
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)					





