

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	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自宅				
<b>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。)</b>					
<b>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。)</b>					
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	<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( ))					
<b>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。)</b>					
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 ( )				
<b>④ 現在の治療</b>					
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	
<input type="checkbox"/> 末梢輸液 <input type="checkbox"/> CV ポート（挿入部位                      ) <input type="checkbox"/> TPN（ <input type="checkbox"/> CV カテーテル（挿入部位                      )） <input type="checkbox"/> 経腸（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻胃管）内容と投与量（                      ） <input type="checkbox"/> 経口（内容と摂取量                      ）	
⑤ 緩和ケア病棟紹介経緯	
<input type="checkbox"/> 治癒目的とした治療に反応しなくなったため <input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 末期状態になったため <input type="checkbox"/> その他（具体的に）（                      ）	
⑥ 病名・病状告知状況とその理解度	
患者	<input type="checkbox"/> 全告知 <input type="checkbox"/> 部分告知* <input type="checkbox"/> 未告知* → 転院についてどのように説明しているか（                      ） *の理由（                      ）
	<input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能
	<input type="checkbox"/> 全告知 誰に（                      ） <input type="checkbox"/> 部分告知* <input type="checkbox"/> 未告知* → 転院についてどのように説明しているか（                      ） *の理由（                      ）
家族	<input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能
	<input type="checkbox"/> 全告知 誰に（                      ） <input type="checkbox"/> 部分告知* <input type="checkbox"/> 未告知* → 転院についてどのように説明しているか（                      ） *の理由（                      ）
	<input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能
⑦ 予後告知の有無とその理解度	
患者	<input type="checkbox"/> 告知あり 内容（                      ） <input type="checkbox"/> 告知なし 理由（                      ）
	<input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能
	<input type="checkbox"/> 告知あり 誰に（                      ）内容（                      ） <input type="checkbox"/> 告知なし 理由（                      ）
家族	<input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能
	<input type="checkbox"/> 告知あり 誰に（                      ）内容（                      ） <input type="checkbox"/> 告知なし 理由（                      ）
	<input type="checkbox"/> 十分理解している <input type="checkbox"/> ある程度理解している <input type="checkbox"/> 理解しているか疑わしい <input type="checkbox"/> 理解不能
⑧ 延命治療についての説明について	
患者	<input type="checkbox"/> 希望する（ <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 昇圧剤） <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未説明
家族	<input type="checkbox"/> 希望する（ <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 昇圧剤） <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未説明
⑨ 臨床的予後予測	
<input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 3～6ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 急変可能性あり <input type="checkbox"/> 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 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	
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					

<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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（ ）</p> <p>5) ナースコール <input type="checkbox"/>押せる <input type="checkbox"/>押せない</p>
<p>⑥ 理解・行動</p>
<p>1) もの忘れ <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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（ ）</p> <p>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）</p> <p>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（ ）</p> <p>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</p>
<p>⑦ その他、気になることがあれば教えてください。</p>
<p>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。</p>
<p>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。</p>
<p>⑩ 現在の症状</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>* 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（ ）</p>

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) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></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"/> 家族が泊まることができる <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: 60px; margin-top: 5px;"></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"/> 静かに過ごしたい <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: 60px; margin-top: 5px;"></div>					
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いっしゃいますか？					

⑦ 緩和ケア病棟へ入院することで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 ほかの人と一緒にいい（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	<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"/> 家での介護は心配 <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）					
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）					

<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 (     )
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）
<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"/> 今の苦痛がとれるのか <input type="checkbox"/> 外出や外泊はできるのか <input type="checkbox"/> お金のこと <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟はどのような医療をおこなうのか <input type="checkbox"/> ペットと面会もできるのか <input type="checkbox"/> 食事がとれなくなったらどうするのか <input type="checkbox"/> 民間療法などはできるのか <input type="checkbox"/> その他 (     )
⑧ 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
⑨ 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
⑩ 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
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？
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 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。