

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) ()							
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) ()							
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) ()							
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？							

