

# 緩和ケア病棟入院相談申込書

(医療機関用)

記載日	年 月 日	記載者名		所属	
フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 ( 歳)	
住所				Tel	
①家族氏名		続柄		②家族氏名	続柄
連絡先	①		②	連絡先	① ②
現在の療養場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 施設		名称		
申込理由 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 身体症状の緩和 <input type="checkbox"/> 精神症状の緩和 <input type="checkbox"/> 終末期ケア <input type="checkbox"/> 在宅療養困難 <input type="checkbox"/> 患者の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> レスパイト (希望日・期間: )				
病名・既往					
推定予後	<input type="checkbox"/> 日単位(数日～1週間程度) <input type="checkbox"/> 週単位(1週間～1ヶ月程度) <input type="checkbox"/> 短い月単位(1～3ヶ月程度) <input type="checkbox"/> それ以上				
P S	<input type="checkbox"/> 0(無症状) <input type="checkbox"/> 1(軽い制限) <input type="checkbox"/> 2(半日以上起居) <input type="checkbox"/> 3(半日以上就床) <input type="checkbox"/> 4(終日就床)				
病名・予後告知	本人	<input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 病状 <input type="checkbox"/> 予後 <input type="checkbox"/> DNAR <input type="checkbox"/> 告知なし ※理由 ( )			
	家族	<input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 病状 <input type="checkbox"/> 予後 <input type="checkbox"/> DNAR <input type="checkbox"/> 告知なし ※理由 ( )			
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
部屋希望	<input type="checkbox"/> 特別室 <input type="checkbox"/> 有料室 <input type="checkbox"/> 無料室 <input type="checkbox"/> 早ければどこでも可 ※全室個室です。				
身体症状	疼痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(部位: )		
	浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(部位: )		
	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	倦怠感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	排尿障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	口渇	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	排便障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	咳・痰	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	食欲不振	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他 ( )
	嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	腹部膨満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
精神症状	不安	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( )	抑うつ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	せん妄	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( )	不眠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	眠気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( )	幻聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	不穏	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( )	その他	( )
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( )		
ADL	移動	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 独歩			
	食事	<input type="checkbox"/> 経管栄養( ) <input type="checkbox"/> 高カロリー <input type="checkbox"/> 経口摂取 ( <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 )			
	排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> バルーンカテ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻			
		<input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> 自立			
会話	話の理解	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 概ね良好	簡単な内容 <input type="checkbox"/> 困難( )		
	意思表示	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 概ね良好	簡単な内容 <input type="checkbox"/> 困難( )		
	難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		
その他	酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( L )	ポンプ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類: )
	サクシオン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( 頻度: )	エアマット	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類: )
	センサーマット	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(部位: )
	CV	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ポート <input type="checkbox"/> カテーテル	(挿入部: )	
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	MRSA <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV	その他 ( )	
	アルコール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( ml/日 )	タバコ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 本/日 )
	麻薬の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( )		
特記事項:					

社会医療法人 長門莫記念会 長門記念病院

本申込書の他、診療情報提供書と直近の画像と血液検査データ等を添えてください。