

緩和ケア依頼事前情報書（第一報）

相談担当 _____ 様

担当 _____

基本情報

1. 患者名（イニシャル又は氏名） _____
2. 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 男・女
3. 住 所 _____ 丁目
4. キーパーソン 無 有 続柄 _____
5. 保険種類 社保 国保 / (本人・家族) 前期高齢者 後期高齢者 / (患者負担 _____ 割)
生保 (CW _____) 公費：乳・障・母・原・その他(_____)
6. 介護保険 無 有 (□要支援 _____ □要介護 _____) 申請中(____月____日頃)
7. 医師からどのような説明を受けたか(本人・家族からの情報)、その他今後の希望等
本人(_____
家 族(_____
希 望 等(_____)

家族構成

日常生活について 重複記入可（その場合 **1** が主たるもの **2** が補助的なもの）。その他は通信欄に記入。

8. 食 事 (経口) 自立 一部介助 全介助 ※食欲 (あり・なし)
食事内容 ____飯 ____分粥 流動 きざみ その他 _____ 水分のみ 絶飲食
9. 栄 養 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) 高カロリー輸液(IVH・CVポート)
10. 麻 痺 無 有(部位 _____)
11. 排 泄 自立 一部介助 全介助 見守り
尿管留置 導尿 人工肛門 人工膀胱 尿器 P-トイレ ゴム便器 おむつ
12. 移 動 歩行 杖歩行 歩行器 車椅子 ストレッチャー
13. 移 乗 自立 一部介助 全介助 見守り
14. 清 潔 自立 一部介助 全介助 見守り 入浴 シャワー浴 機械浴 清拭
15. 意思疎通 問題無 問題有(筆談・難聴・手話・認知症・せん妄・意識レベルの低下)
特記(_____)
16. 問題行動 無 有(認知症・せん妄・その他 _____)
特記(_____)
17. 疼 痛 無 有 部位(_____) 鎮痛薬使用(主に_____)
18. 褥 瘡 無 有(部位 _____) マットの種類(_____)
19. 処 置 無 有(_____)
酸素 _____ ℓ/分中 気管切開(永久・一時的) 吸引頻度 1/____分・時間 吸入
20. 薬 管 理 自立 ナース・家族等管理
21. 感 染 症 無 有(MRSA/ 部位・その他感染症 _____)

通信欄