20 年 月 日

# **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

家族構成

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（ ）

1. 介護保険 □無 □有 （□要支援 □要介護 ） □申請中（ 月 日頃）
2. 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（ ）

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

**1**

**2**

1. 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

1. 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）
2. 麻 痺 □無 □有 （部位 ）

# 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ートイレ □ゴム便器 □おむつ

1. 移 動 □歩行 □杖歩行 □歩行器 □車椅子 □ストレッチャー
2. 移 乗 □自立 □一部介助 □全介助 □見守り

# 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

1. 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（ ）

1. 問題行動 □無 □有 （認知症　・　せん妄　・　その他 ）

 特記（ ）

1. 疼　　　痛 □無 □有 部位（ ）　□鎮痛薬使用 （主に ）
2. 褥　　　療 □無 □有 （部位 ） マットの種類 （ ）
3. 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

1. 薬管理 □自立 □ナース　・　家族等管理
2. 感染症 □無 □有 (MRSA/ 部位　・　その他感染症 )

通信欄

2008.7.22 改 訂