

## 緩和ケア外来へのご紹介時にお伺いしたい事項

検査データ、画像診断書とともに、診療情報提供書に同封してください

熊本地域医療センター 緩和ケア科

医療機関名： \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_

患者名： \_\_\_\_\_ 現在の療養場所 \_\_\_\_\_

以下の項目に、レ点チェックをお願いします。

## 1. 現在の症状・処方・処置（今後の予定も含め）

- |                                 |                                  |                                    |                                   |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ：痛み    | <input type="checkbox"/> ：経口摂取困難 | <input type="checkbox"/> ：呼吸困難感    | <input type="checkbox"/> ：倦怠感     |
| <input type="checkbox"/> ：悪心・嘔吐 | <input type="checkbox"/> ：内服困難   | <input type="checkbox"/> ：咳嗽・喀痰    | <input type="checkbox"/> ：浮腫      |
| <input type="checkbox"/> ：腹部膨満感 | <input type="checkbox"/> ：便秘     | <input type="checkbox"/> ：せん妄・昼夜逆転 | <input type="checkbox"/> ：皮膚障害・褥瘡 |
| <input type="checkbox"/> ：食欲不振  | <input type="checkbox"/> ：下痢     | <input type="checkbox"/> ：不眠・眠気    |                                   |

PS：  0,  1,  2,  3,  4

- |                                 |                                 |                                    |                                   |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ：消炎鎮痛剤 | <input type="checkbox"/> ：ステロイド | <input type="checkbox"/> ：胸水ドレナージ  | <input type="checkbox"/> ：輸血      |
| <input type="checkbox"/> ：オピオイド | <input type="checkbox"/> ：制吐剤   | <input type="checkbox"/> ：腹水ドレナージ  | <input type="checkbox"/> ：高カロリー輸液 |
| <input type="checkbox"/> ：鎮痛補助薬 | <input type="checkbox"/> ：緩下剤   | <input type="checkbox"/> ：CART     | <input type="checkbox"/> ：経管栄養    |
| <input type="checkbox"/> ：持続皮下注 | <input type="checkbox"/> ：利尿剤   | <input type="checkbox"/> ：緩和的放射線治療 |                                   |
| <input type="checkbox"/> ：向精神薬  |                                 |                                    |                                   |

## 2. 依頼の時期

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ：診断から初期治療前     | <input type="checkbox"/> ：がんの標準治療中（経過観察中含む） |
| <input type="checkbox"/> ：がんの標準治療終了を決定後 | <input type="checkbox"/> ：がんの標準治療は選択せず経過観察中 |

## 3. これからの方針（抗がん剤治療・放射線治療・在宅調整などを含む）

## 4. 予測される生命予後

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ：半年以上       |                                       |
| <input type="checkbox"/> ：月単位（56日以上） | <input type="checkbox"/> ：週単位（15～55日） |
| <input type="checkbox"/> ：日単位（14日以下） | <input type="checkbox"/> ：急変の可能性      |

## 5. 病状の説明と認識

家族へ（説明をした家族の氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ：癌であることを告知していない | <input type="checkbox"/> ：がんの治療の適応がないこと      |
| <input type="checkbox"/> ：癌であることのみ       | <input type="checkbox"/> ：生命予後の説明（ _____ ）   |
| <input type="checkbox"/> ：転移・再発部位や広がり    | <input type="checkbox"/> ：看取りの時期に蘇生術の適応がないこと |
| <input type="checkbox"/> ：今回の当院への紹介目的の説明 |  |

本人へ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ：癌であることを告知していない | <input type="checkbox"/> ：がんの治療の適応がないこと      |
| <input type="checkbox"/> ：癌であることのみ       | <input type="checkbox"/> ：生命予後の説明（ _____ ）   |
| <input type="checkbox"/> ：転移・再発部位や広がり    | <input type="checkbox"/> ：看取りの時期に蘇生術の適応がないこと |
| <input type="checkbox"/> ：今回の当院への紹介目的の説明 |  |

ご協力ありがとうございました