

## 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