

緩和ケア外来相談録 兼 判定記録

※黒い太枠内の記入をお願いします。

患者氏名	様	記入日	年 月 日
緩和ケアへの入院を希望した状況	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族とも希望 ・本人には話していないが、家族が希望する ・転院を主治医から勧められたため 		
現在辛そうに思われること			
身体状況について			
①麻痺	1. ある 対麻痺(上・下)/片麻痺(右・左) 2. ない	⑥会話	1. Input(+/-) 2. Output(+/-) 3. 聴力低下 4. 思考力低下
②移動 <small>括弧内の項目は丸印で選択</small>	1. 歩行 (自力・介助・見守り / 独歩・伝い歩き・杖・歩行器) 2. 車椅子 (自操・介助) 3. ストレッチャー	⑦認知症	1. 有 程度 2. 無
③食事	1. 自力で可能 2. 軽介助で可能 3. 全介助 4. その他 (胃瘻・鼻腔・点滴 食事内容: 摂取量:	⑧顕在する身体症状	1. 痛み 使用薬剤: 2. 嘔気 使用薬剤: 3. そのほか
④排泄 <small>括弧内の項目は丸印で選択</small>	尿意(有・無) 便意(有・無) 1. トイレで排泄 (自力・介助) 2. ポータブルトイレで排泄(自力・介助) 3. 尿器使用 (自力・介助) 4. オムツ使用 (終日・夜間のみ・予防的) 5. バルーン留置	⑨特別な処置	1. 酸素 (L) 2. CVルート 3. サーフー留置 4. 吸引 5. 気管切開 6. ドレージン 7. 人工肛門 8. 腎瘻 9. 褥瘡/創傷 部位: 10. そのほか
⑤睡眠	1. 良 2. 不良 使用薬剤		
その他情報		家族状況 <small>(家族構成図など)</small>	