

天心堂へつぎ病院 緩和ケア病棟 入棟前チェックシート

患者ID			
ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	年 月 日 ()歳
住 所		連絡先	
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	続柄	名 前
			連絡先
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2)	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)
		担当事業所名 ()	ケアマネ名()
	<input type="checkbox"/> 現在申請中 (申請日)		
■家族構成		■臨床的な予後予測について	
		<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2~3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3~6ヶ月	
		<input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	
		■DNRの説明	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		■本人とのコミュニケーション	
		<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤	
		<input type="checkbox"/> 意思明瞭、複雑な表現が可能	<input type="checkbox"/> 構音障害あり
■緩和ケア病棟を選択した経緯(複数選択可)		<input type="checkbox"/> 意思明瞭だが、単純な表現のみ	
<input type="checkbox"/> 本人が希望するため		<input type="checkbox"/> 時々、つじつまが合わない	
<input type="checkbox"/> 家族が希望するため		<input type="checkbox"/> 全くコミュニケーションがとれない	
<input type="checkbox"/> 症状コントロールのため		■本人の状態	
<input type="checkbox"/> 終末期の看取りのため		食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
<input type="checkbox"/> その他()		・ 栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻
■緩和ケア病棟への入院について		<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> CVポート
【本人へ】		食事形態 ()	
<input type="checkbox"/> 説明済み <input type="checkbox"/> 未説明		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 人工肛門
【家族へ】		清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
<input type="checkbox"/> 説明済み <input type="checkbox"/> 未説明		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
■告知について		移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
【本人へ】		麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位)
<input type="checkbox"/> 予後も含めて告知している		問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
<input type="checkbox"/> 病名のみ告知している		苦痛な症状	痛み <input type="checkbox"/> 有(部位) <input type="checkbox"/> 無
⇒ <input type="checkbox"/> 理解している			鎮痛薬使用(主に、)
⇒ <input type="checkbox"/> 不明			嘔 気 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 未告知(理由)			嘔 吐 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
【家族へ】			全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 予後も含めて告知している			咳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 病名のみ告知している		発 熱 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		不 眠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食欲不振 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位)
		マット	種類()
【備考欄】			

20 年 月 日
 記入者 []
 医師・看護師・MSW・その他