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 患者氏名			性別 男・女	生年月日	年　月　日（　）歳
住　所				連絡先	
キーパーソン	☐ 無	☐ 有	続柄	名　前	
				連絡先	
介護保険	☐ 無	☐ 有	☐ 要支援（１・２）	☐ 要介護（１・２・３・４・５）	
			担当事業所名（　）	ケアマネ名（　）	
	☐ 現在申請中（申請日　）				

■家族構成

■緩和ケア病棟を選択した経緯（複数選択可）

- ☐ 本人が希望するため
- ☐ 家族が希望するため
- ☐ 症状コントロールのため
- ☐ 終末期の看取りのため
- ☐ その他（　）

■緩和ケア病棟への入院について

【本人へ】

☐ 説明済み　☐ 未説明

【家族へ】

☐ 説明済み　☐ 未説明

■告知について

【本人へ】

- ☐ 予後も含めて告知している
- ☐ 病名のみ告知している
  - ⇒ ☐ 理解している
  - ⇒ ☐ 不明
- ☐ 未告知（理由　）

【家族へ】

- ☐ 予後も含めて告知している
- ☐ 病名のみ告知している

■臨床的な予後予測について

☐ 1ヶ月以内　☐ 1～2ヶ月　☐ 2～3ヶ月　☐ 3～6ヶ月

☐ 6ヶ月以上

■DNARの説明

☐ 無　☐ 有

■本人とのコミュニケーション

☐ 会話　☐ 筆談　☐ 文字盤

☐ 意思明瞭、複雑な表現が可能　☐ 構音障害あり

☐ 意思明瞭だが、単純な表現のみ

☐ 時々、つじつまが合わない

☐ 全くコミュニケーションがとれない

■本人の状態

食事・栄養	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	
	☐ 経鼻	☐ 胃瘻	☐ 腸瘻	
	☐ CVC	☐CVポート		
食事形態	（　）			
排泄	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐人工肛門
清潔	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	
移乗	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	
移動	☐ 歩行	☐ 車イス	☐ ストレッチャー	
麻痺	☐ 無	☐ 有（部位　）		
問題行動	☐ 無	☐ 有（　）		

苦痛な症状				
痛み	☐ 有（部位　）☐ 無			
	鎮痛薬使用（主に、　）			
嘔気	☐有 ☐無	嘔吐	☐有 ☐無	
全身倦怠感	☐有 ☐無	呼吸困難感	☐有 ☐無	
咳	☐有 ☐無	食欲不振	☐有 ☐無	
発熱	☐有 ☐無	黄疸	☐有 ☐無	
不眠	☐有 ☐無	気持ちの落ち込み	☐有 ☐無	
その他				

褥瘡	☐ 無	☐ 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