

国立病院機構東京病院緩和ケア病棟入院申込確認書(医師用)

紹介元医療機関の所在地

電話番号

医療機関名称

診療科・医師名

記載日： 年 月 日	
患者氏名：	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 年齢： 歳 男・女
病名： (入院・外来通院・訪問診療)	
感染症：HBsAg (), HCV (), TPHA (), RPR (), MRSA ()	
身体所見 1. 痛み、 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 2. 呼吸困難 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 3. 倦怠感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 4. 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 5. 口渇 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 6. 咳・痰 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 7. 食思不振、 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 8. 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 9. 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 10. 便秘 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 11. 浮腫 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 12. 尿閉・失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 13. 麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 14. その他	【重症度】 身体所見・精神状態について 特記事項があれば記載下さい
精神状態 1. 不安 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 2. 抑うつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 3. せん妄 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 4. 不眠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 5. 眠気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 6. 意識障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 7. その他	社会的背景 問題なし 問題あり (具体的に記載下さい) ・在宅医療の可能性：あり なし 未定 ・サポート可能な家族：なし あり
身体活動状態 1. P S <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 2. 歩行 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 3. 排泄 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 床上 4. 食事 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 5. 入浴 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 6. カテーテル類の留置 <input type="checkbox"/> 中心静脈ライン <input type="checkbox"/> 末梢ライン <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 胆道ドレーン <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 腎婁 <input type="checkbox"/> その他 ()	

独立行政法人 国立病院機構東京病院 緩和ケア病棟 紹介元医師用

患者・家族への説明内容について：（該当するものを○で囲んで下さい）

	患者		家族	
病名	済	未	済	未
病状（転移・再発）	済	未	済	未
予後	済	未	済	未

いつ頃、どのように説明されましたか

()

医師の予後予測

_____カ月

病状説明の際に窓口となっていたご家族はどなたですか

()

患者本人は緩和ケアを十分理解していますか： はい いいえ

【説明内容】

緩和ケア病棟についての説明を行った時期はいつごろですか

患者本人は緩和ケア病棟への入院を希望していますか： ・はい ・いいえ

緩和ケア病棟の入院について： ・早急に必要である ・将来的に必要である

その他 *必要な情報がありましたら記載下さい

*入院申し込みを確認させていただくために必要な用紙となります。診療情報提供書とは別途の記載になります。