**緩和ケア情報提供書**（主治医記載用）

　　　　　　　　病院担当医様 　　　　　　　　　年　　月　　日

紹介元医療機関名

住所：

電話番号：

患者基本情報

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　生年月日　　　　　　　　年　　月　　日（　　歳）

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 電話番号

療養希望場所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

キーパーソン　　　　　　　　　　　　　　患者との続柄

１．依頼目的

□：外来通院での症状コントロール

□：在宅療養（訪問診療含む）

□：入院療養または施設入所による療養

２．紹介元の今後のかかわりについて

　併診の有無

□：併診予定あり (□抗がん治療　　□点滴（IVH含む）　□麻薬処方　　□その他　　　 )

詳細：

□：併診予定なし

急変時のかかわり

　□：紹介元　　　□：連携医療機関　　　□：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

緊急時対応

□優先的に紹介元へ入院　　　□空床あれば　　　　□要相談　　　　□その他（　　　　　　　　　　　）

３.紹介した経緯について

□：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

□：治療効果が期待できなくなったため

□：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．疾患名、病変部位（転移巣など）、合併症について

疾患名：

病変部位：

合併症：

５．治療経過　（サマリー添付も可）

概要：

６．現在の症状と程度（STAS-J）

（１）痛みのコントロール：痛みが患者に及ぼす影響

０：なし

１：時折の、または断続的な単一の痛みで、患者が今以上の治療を必要としない痛みである。

２：中程度の痛み。時に調子の悪い日もある。痛みのため、病状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたす。

３：しばしばひどい痛みがある。痛みによって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。

４：持続的な耐えられない激しい痛み。他のことを考えることができない。

（２）症状が患者に及ぼす影響：痛み以外の症状が患者に及ぼす影響

症状名

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

０：なし

１：時折の、または断続的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である。

２：中等度の症状。時に調子の悪い日もある。病状からみると、可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある。

３：たびたび強い症状がある。症状によって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。

４：持続的な耐えられない激しい症状。他のことを考えることができない。

（３）患者の不安：不安が患者に及ぼす影響

０：なし

１：変化を気にしている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。

２：今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。

３：しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。

４：持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。

（４）家族（キーパーソン）の不安：不安が家族に及ぼす影響

０：なし

１：変化を気にしている。身体面や行動面に不安の徴候は見られない。集中力に影響はない。

２：今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。

３：しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。

４：持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。

７．現在の治療内容

処方内容：

治療内容：

　 鎮痛処置

　　□あり・・・麻薬使用：□あり　□なし　　　他の鎮痛剤使用：□あり（　　　　　　　　　）□なし

　　　　　　　　麻薬の副作用：□あり（悪心、嘔吐、眠気、便秘、幻覚、かゆみ、その他　　　）□なし

　　□なし

８．説明告知について

●患者さん・ご家族へ病名、病状（予後を含めて）についてどのように説明されているか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 患者さん | ご家族 |
| 病名 |  |  |
| 病状 |  |  |
| 予後 |  |  |
| 説明への理解 | □良好　□一部不良　□不良　□その他詳細： | □良好　□一部不良　□不良　□その他詳細： |

９．患者さんの臨床的な予後はどれくらいあると考えるか（複数選択可）

　□：６ヶ月以上　□：４～６ヶ月　□：１～３ヶ月　□：１ヶ月以内　□：２週間以内

　□：その他（　　　　　　　　　　　　　）

備考: