**緩和ケア情報提供書**（看護師記載用）

　　　　　　　　　　担当看護師様 　　　　　　　　年　　月　　日

紹介元医療機関名

　 　 　病棟　記入者

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．現在の病状

●日常生活

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 特記事項 |  | 項目 | 特記事項 |
| 食事 | □経口　（　　　　　　 　）　　 □経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）　　□高カロリー輸液（IVH）□CVポート 有りの場合（ヘパリンロック: □必要・□不要） |  | 排泄 | □自立□Ｐトイレ　　　□おむつ□尿管留置□ストマ |  |
| 麻痺 | □無　　　　　□有（部位　　　　　　　　　） |  | 移動 | □歩行□車椅子□ストレッチャー |  |
| 清潔 | □自立　　□一部介助　　　□全介助 |  | 意思疎通 | □可□不可（筆談・難聴・手話・認知症・せん妄・意識レベルの低下） |  |
| 認知障害 | □無　　　□有（認知症・せん妄・その他） |  | 褥瘡 | □無□有（部位　　　　　） |  |
| 処置 | □無　　　　　 |
| □有 | □酸素（　　　L／分中）　　　□気管切開（永久・一時的）　　　□吸引 |
| □その他： |

パフォーマンスステータス（Performance Status:PS）

□：まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。

　□： 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行う ことができる。

例：軽い家事、事務作業

 □： 歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。

日中の50％以上はベッド外で過ごす。

　 □： 限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50％以上をベッドか椅子で過ごす。

　□： まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

●身体的苦痛（痛み・だるさ・食欲不振など）とその程度について

□：痛み→部位：（　　　　　）

□：だるさ

□：食欲不振

□：その他（　　　　　 　　　　　　　　　　　　）

●精神的苦痛（抑うつ・不安感・不眠など）とその程度について

□：不安

□：不眠

□：その他（　　　　　　　　　　 　　　　　　　）

２．入院中の経過と看護

３．家族の支援について

●家族構成

●介護者について

主な介護者：

介護を援助できる方：有（　　　　　　　　　　　　　）・無

主介護者の介護意欲：□積極的　　　□消極的　　　□拒否的　　　□不明

●相談場所

日中：□担当医　　　□連携室

夜間：□救急室　　　その他：（　　　　　　　　　）

４．緩和ケア上の問題点等