

緩和ケア病棟転院相談チェックリスト

I D		当院対応者	
相談日	年 月 日 曜日	紹介元	
フリナガ	<input type="checkbox"/> 男	医療機関	
患者名	様 <input type="checkbox"/> 女	紹介元医師	医師
生年月日	T S H 年 月 日 歳	保 険	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保
住 所	県 市 町		<input type="checkbox"/> その他 ()
入院日		診 断 名	
病 棟			
かかりつけ医			
ADL・身体状況		処 置	
移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	酸 素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 流量 () ℓ
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		<input type="checkbox"/> カニューラ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 気管切開
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 見守り		
	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	点 滴 ・ 注 射	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	食事形態		<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 皮下
		主食 () 副食 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 治療食 ()	
	摂取量		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 種類 ()	インスリン	<input type="checkbox"/> インスリン名 ()
	<input type="checkbox"/> 無		単位数 ()
	<input type="checkbox"/> 白湯量 ()		
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 不良	胃 瘻	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 交換日 ()
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 ()
	<input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ		<input type="checkbox"/> 処置内容 ()
清 潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排 泄	<input type="checkbox"/> BL () Fr <input type="checkbox"/> 自己導尿
	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー		<input type="checkbox"/> ストーマ
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	麻 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			薬品名 ()
精神科受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (精神科薬30日分処方持参)	その他	
告 知	<input type="checkbox"/> 告知済 ()	家族構成	キーパーソン： 何人暮らし：
	<input type="checkbox"/> 未告知 ()		
本人の意思	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟への入棟の認識ある		
	<input type="checkbox"/> 未確認		
延命の希望 (DNAR)	<input type="checkbox"/> しない		
	<input type="checkbox"/> する		
現 在	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中		
面談者	<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ		
	<input type="checkbox"/> その他		

※1太枠以外をご記入ください

※2診療情報提供書（血液データ・服薬情報含む）のFAXを面談前までにお願いします。

※3画像データ（CD-R or フィルム）の提供は面談日までに提供をお願いします。

※4セカンドオピニオン診察（相談料） ¥5,500-（税込み）

家族面談も相談料が発生します。