

緩和ケア外来・病棟受け入れチェックリスト

受付日： 年 /

ID： ☐新患 地域連携室対応者：()
フリガナ

名前： 様 男・女 ()病院・医院

生年月日： ()歳 主治医： ()先生

住所： 依頼者： SW・Ns・Dr.

かかりつけ医： ()

家族構成：				認知症	有 無
				周辺症状(BPSD) ()	
移動 自立・一部介助・全介助				PEG	有 無
				気切	有 無
食事 自立(☐ セッティング必要)・一部介助・全介助				BL	有 無
				人工肛門	有 無
排泄 トイレ 自立 ポータブル一部介助 オムツ全介助				HOT	有 無
				インシュリン	有 無
清潔 風呂 シャワー 清拭				麻薬	有 無
				【薬品名】	
				その他	()

- ☐ 精神科受診 ⇒ ☐無 ☐有
- ☐ 告知について ⇒ ☐ 告知済み()
☐ 未告知 ()
- ☐ IC後の患者・家族の認識 ⇒ ☐ 患者 ()
☐ 家族 ()
- ☐ 本人の意思について ⇒ ☐ 緩和ケア病棟への入棟の認識ある()
☐ 未確認
- ☐ 延命の希望は(DNAR) ⇒ ☐しない ☐する
- ☐ 現在 ⇒ ☐入院中 ☐通院中
- ☐ 面談者 ⇒ ☐ 本人・家族()
☐ 家族のみ ()
☐ その他 ()

※ 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。
※ 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。
※ 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。