

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	病院
フリガナ		医療機関	
患者名	□男 様 □女	紹介元医師	医師
		紹介元担当者	NS・SW
生年月日	T S H 年 月 日 歳	保 険	□社保 □国保 □後期高齢 □生保
住 所	県 市 町		□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	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	酸 素	□無 □有 流量 () ℓ
	□独歩 □車いす □ストレッチャー		□カニューラ □マスク □気管切開
食 事	□自立 □セッティング □見守り		
	□一部介助 □全介助	点 滴 ・ 注 射	□無 □有
	食事形態		□末梢 □CV □ポート □皮下
	主食 () 副食 ()		□その他 ()
	□治療食 ()	インスリン	□無 □有
	摂取量		□インスリン名 ()
経管栄養	□有 種類 ()		
□無	単位数 ()	胃 瘻	□無 □有 交換日 ()
□白湯量 ()			種類 () サイズ ()
排 泄	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	褥 瘡	□無 □有 部位 ()
	□尿器 □トイレ □ポータブル □オムツ		□処置内容 ()
清 潔	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	排 泄	□BL () Fr □自己導尿
	□清拭 □一般浴 □機械浴 □シャワー		□ストーマ
更 衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	麻 薬	□無 □有
			薬品名 ()
精神科受診	□無 □有 (精神科薬30日分処方持参)	そ の 他	
告 知	□告知済 ()	家 族 構 成	キーパーソン： 何人暮らし：
	□未告知 ()		
本人の意思	□緩和ケア病棟への入棟の認識ある		
	□未確認		
延命の希望 (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		

※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を面談前までをお願いします。

※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。