

大阪府がん緩和地域連携パス カンファレンス情報シートNO1

(記載日

年

月

日)

ふりがな			ID								
氏名			男・女	年齢	歳	T	S	H	年	月	日
住所						電話番号					
緊急連絡先	①			続柄 ()	*キーパーソン携帯 (必須)						
	②			続柄 ()							
連携関係施設担当者											
医師	氏名 ()			連絡先 ()	電話			FAX			
看護師	氏名 ()			連絡先 ()	電話			FAX			
医療ソーシャルワーカー	氏名 ()			連絡先 ()	電話			FAX			
ケアマネージャー	氏名 ()			連絡先 ()	電話			FAX			
訪問診療	診療所名 ()			担当医師名 ()			連絡先 ()				
訪問看護	ステーション名 ()			担当者名 ()			連絡先 ()				
調剤薬局	薬局名 ()			担当者名 ()			連絡先 ()				
訪問介護	事業所名 ()			担当者名 ()			連絡先 ()				
後方支援ベッドの確保	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有		名称 ()				連絡先 ()				
居宅環境や支援体制											
主介護者	①			続柄 ()			連絡先 ()				
	②			続柄 ()			連絡先 ()				
寝たきり度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2										
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
在宅形態	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション (居室 階)										
	<input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 駐車スペース <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
居住状態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居										
経済状況など他											
保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ()										
公費負担	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有										
高額医療費申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有										
身体障害手帳申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済		等級		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> その他 ()						
その他特記事項	()										
介護保険・サービス状況											
介護保険申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済										
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5										
紹介目的など											
現在の療養環境	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療										
紹介目的	<input type="checkbox"/> 苦痛症状緩和 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> 療養目的 <input type="checkbox"/> 外来通院										
	<input type="checkbox"/> 在宅医療 <input type="checkbox"/> 外来通院と在宅医療の併用 <input type="checkbox"/> 最後の療養先を決めるまで										
その他連絡事項											

ふりがな 氏名	ID					
	男・女	年齢	歳	T S H	年 月 日	
診療情報						
診断名	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> その他 () (確定診断日 平成 年 月 日) (組織型)					
転移の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> その他 (部位など)					
治療歴 (手術・化学療法・内分泌・免疫・放射線療法など)						
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (*手術施行日の記載必須)					
化学・内分泌・免疫療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中 ()					
放射線治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中 (部位 総 Gy) (年 月 日 ~ 年 月 日) (年 月 日 ~ 年 月 日) (年 月 日 ~ 年 月 日) (年 月 日 ~ 年 月 日) (年 月 日 ~ 年 月 日)					
予後予測						
臨床的予後予測	<input type="checkbox"/> 6か月以上 <input type="checkbox"/> 3~6か月 <input type="checkbox"/> 1~3か月 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位					
今後起こりうる症状	<input type="checkbox"/> 急変あり 他 ()					
告知や説明について						
	(本人)			(キーパーソン)		
病名	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
病状 (転移や広がり)	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
予後	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
苦痛緩和が中心となること	説明	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	説明	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
延命処置拒否などの事前指示	聴取	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	聴取	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
患者への説明内容	()					
特記事項	()					
今後の説明の希望						
聴取者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 続柄 () <input type="checkbox"/> すべて本人が知りたい <input type="checkbox"/> 悪い話はあまり知りたくない <input type="checkbox"/> 決められない <input type="checkbox"/> 家族、またはキーパーソンにだけに話してほしい <input type="checkbox"/> その他 ()					
特記事項	()					
今後の療養場所の希望						
本人	<input type="checkbox"/> 入院したい <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟に入院したい <input type="checkbox"/> できるだけ自宅で過ごしたい					
家族	<input type="checkbox"/> 入院してほしい <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟に入院させたい <input type="checkbox"/> できるだけ自宅で過ごしてほしい					
今後の方針	()					

ふりがな 氏名	ID					
	男・女	年齢	歳	T	S	H
年 月 日						
現在困っている症状など						
<input type="checkbox"/> 痛み 部位 () <input type="checkbox"/> しびれ 部位 () <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 腹満 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> ねむけ <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 病状の受け止め方と理解度 (本人) <input type="checkbox"/> 病状の受け止め方と理解度 (家族やキーパーソン) <input type="checkbox"/> 患者と家族のコミュニケーション <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 経口摂取量 ()						
日常生活動作の制限						
PS	<input type="checkbox"/> 0 (制限なし) <input type="checkbox"/> 1 (軽い制限あり) <input type="checkbox"/> 2 (臥床は50%以下) <input type="checkbox"/> 3 (50%以上臥床) <input type="checkbox"/> 4 (ほぼ臥床)					
下痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢					
起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 起居不能					
歩行・移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない					
認知症 (問題行動)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容)					
生活支援の必要性						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル (<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> カテーテル					
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害					
保清	<input type="checkbox"/> 入浴 (<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 機械浴) <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 口腔ケア					
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニングチェア <input type="checkbox"/> ストレッチャー					
医療処置の必要性 (□デバイスカードのコピーの添付確認)						
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位) (程度) (処置内容)					
養	<input type="checkbox"/> 中心静脈ライン (<input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> PICC (部位) (Fr) (ルーメン) <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 (<input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> バンパー Fr)					
疼痛管理	<input type="checkbox"/> PCAポンプ					
留置カテーテル等	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 (Fr) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> イレウス管 <input type="checkbox"/> PTCDチューブ <input type="checkbox"/> 腹腔ドレーン <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 腎盂カテーテル <input type="checkbox"/> 代用膀胱 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門					
酸素療法	<input type="checkbox"/> 経鼻カニューラ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> リザーバー <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 他 ()					
内服薬・処方薬管理						
<input type="checkbox"/> 非オピオイド鎮痛薬						
<input type="checkbox"/> オピオイド鎮痛薬 (ベース) 種類 _____ 用量 _____ mg/回 時間毎 1日 回 (レスキュー) 種類 オキノーム 3 mg/回						
<input type="checkbox"/> 他鎮痛補助薬など ()						
<input type="checkbox"/> 服薬指導内容など _____ 自己管理 (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) アドヒアランス (<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 一包化 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)						