

在宅緩和ケア地域連携クリニックパス（受入依頼票 Ver. 2013年5月）

医療機関名 先生	医療機関	
	所在地	
	電話番号	FAX
	診療科	主治医

フリカ`ナ	カルテNo.
氏名	性別
生年月日	年齢
住所	電話番号
保険情報	

病名	
現在の症状	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 胸水貯留 <input type="checkbox"/> 不安・抑うつ <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/> 腹水貯留 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 吐血・下血 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
今後起こりうる症状	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 胸水貯留 <input type="checkbox"/> 不安・抑うつ <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/> 腹水貯留 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 吐血・下血 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
今後必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () 主な対処者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療者 <input type="checkbox"/> ()
処方内容	医療用麻薬の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> [])

家族構成	ADL	食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 食事内容 ()
		移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
		入浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴
		排泄	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おしめ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
		コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難
		認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
キーパーソン	連絡先		
主たる介護者	連絡先		
病名、病状、予後についての説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的に全て教えてほしい <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> 家族にだけ話してほしい <input type="checkbox"/> 良くない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> その他 ()		
病状が悪化したときの希望の療養場所	<input type="checkbox"/> 往診を続けてもらい最期まで自宅で過ごしたい <input type="checkbox"/> なるべく在宅で過ごしたいが、必要なら入院したい <input type="checkbox"/> 入院したい <input type="checkbox"/> その他 ()		
急に心肺停止が起こった場合	<input type="checkbox"/> 心臓マッサージと人工呼吸器を希望する <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> 心臓マッサージは希望する <input type="checkbox"/> 自然に任せたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
患者の希望、大切にしたいこと			
家族の希望、大切にしたいこと			
当院への通院予定	<input type="checkbox"/> 受診なし <input type="checkbox"/> 通院継続 (予定)		
特記事項			