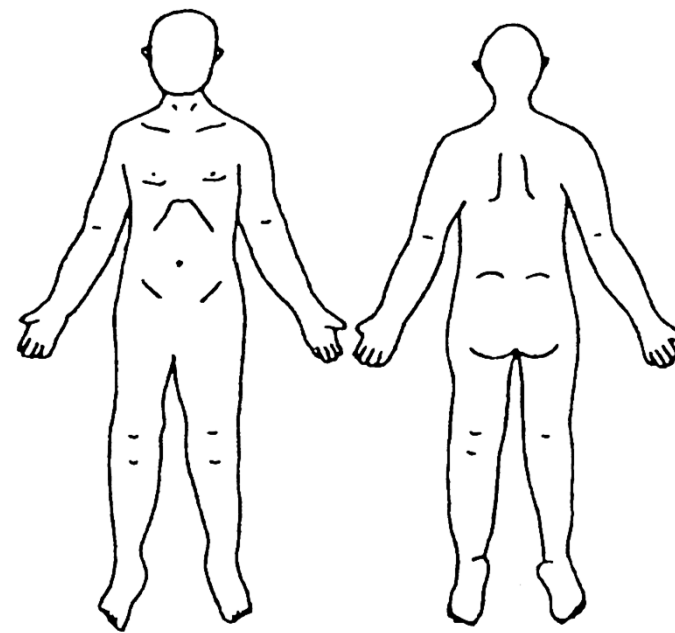


氏名		(ふりがな)		年齢		ID	
生年月日		明・大・昭・平		年		月	
主訴				日		歳	
診断							
1)				5)			
2)				6)			
3)				7)			
4)				8)			
現病歴							
		年		月		日	
既往歴							
		年		月		日	
身体症状							
【重症度】				【症状の性質、分布】			
1. 痛み				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
2. 呼吸困難				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
3. 倦怠感				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
4. 発熱				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
5. 口渇				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
6. 咳・痰				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
7. 食欲不振				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
8. 嘔気・嘔吐				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
9. 腹部膨満感				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
10. 便秘				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
11. 尿閉、失禁				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
12. 浮腫				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
13. 栄養障害				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
14. その他(具体的に)							
							
身体活動状態							
全般 <input type="checkbox"/> 0. 問題なし <input type="checkbox"/> 1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能 <input type="checkbox"/> 2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている							
<input type="checkbox"/> 3. しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 4. 常に介助が必要、終日臥床している							
歩行 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 排泄 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 要介助							
食事 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 入浴 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可							

精神状態		【重症度】	
1. 不安		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
2. 抑うつ		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
3. せん妄		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
4. 不眠		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
5. 眠気		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
6. その他(具体的に)			
その他の問題			
<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 仕事・趣味・交際などの活動や生きがい <input type="checkbox"/> その他			
本人の希望		家族の希望	
治療目標 (優先順に)	②	③	
①			
緩和治療・検査計画			
<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 精神療法(カウンセリング、リラクセーション) <input type="checkbox"/> 理学・作業療法 <input type="checkbox"/> 栄養食事管理 <input type="checkbox"/> その他			
備考			
説明日		年	月 日
本人の署名		家族の署名 (続柄)	
主治医		精神科医	
緩和ケア医		緩和ケア担当看護師	
緩和ケア担当薬剤師		(緩和ケア担当管理栄養士)	