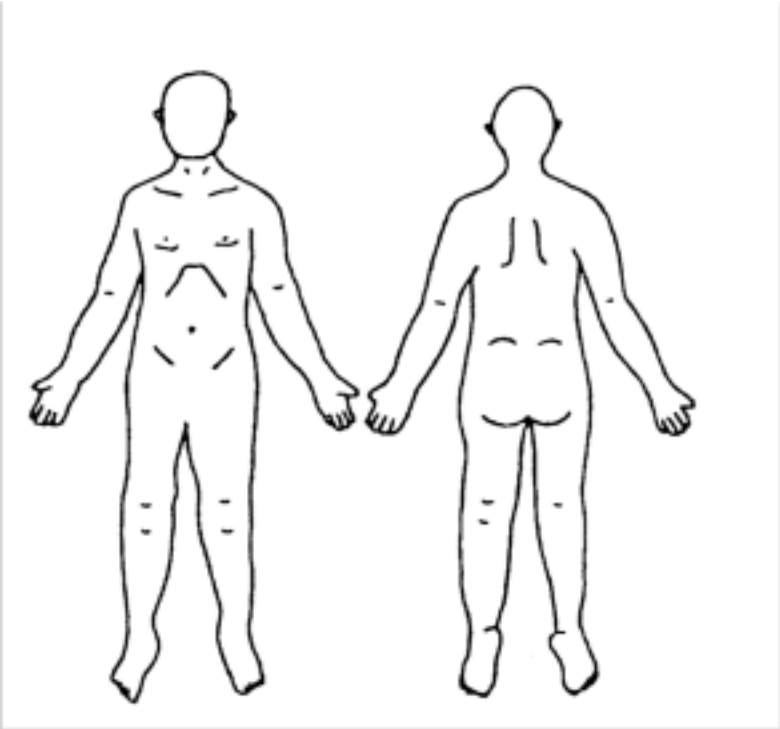


氏名	(ふりがな)			年齢	ID
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日			歳	
主訴					
診断	1) 5)				
	2)		6)		
	3)		7)		
	4)		8)		
現病歴	年 月 日				
既往歴	年 月 日				
身体症状	<div><div><div>【重症度】</div><div>1. 痛み <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>2. 呼吸困難 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>3. 倦怠感 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>4. 発熱 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>5. 口渇 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>6. 咳・痰 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>7. 食欲不振 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>8. 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>9. 腹部膨満感 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>10. 便秘 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>11. 尿閉、失禁 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>12. 浮腫 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>13. 栄養障害 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</div><div>14. その他(具体的に)</div></div><div><div>【症状の性質、分布】</div><div></div></div></div>				
身体活動状態	<div>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</div> <div>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</div> <div>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</div>				

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)	