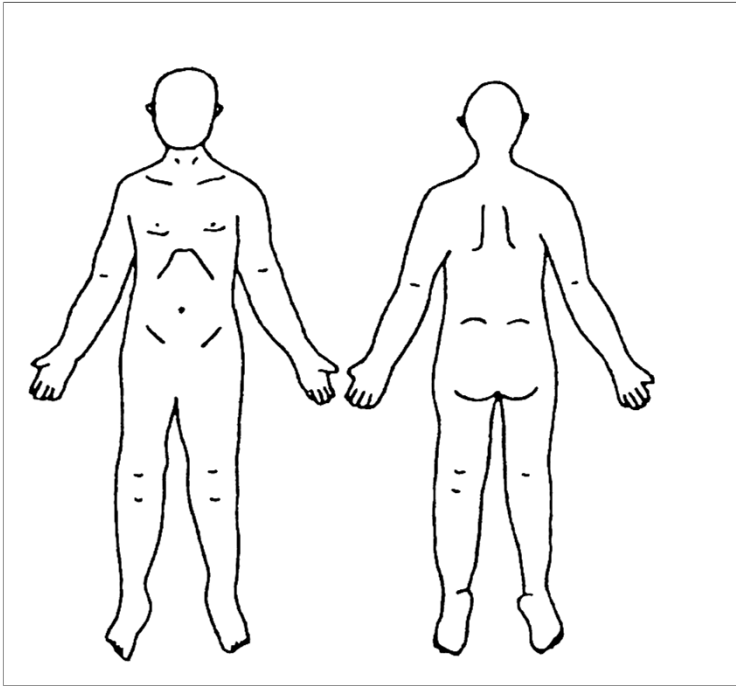


緩和ケア実施計画書

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><p>【重症度】</p><table><tr><td>1. 痛み</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>2. 呼吸困難</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>3. 倦怠感</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>4. 発熱</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>5. 口渇</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>6. 咳・痰</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>7. 食欲不振</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>8. 嘔気・嘔吐</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>9. 腹部膨満感</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>10. 便秘</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>11. 尿閉、失禁</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>12. 浮腫</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>13. 栄養障害</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>14. その他(具体的に)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></div><div><p>【症状の性質、分布】</p></div></div>					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)				
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	<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</div> <div><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)	