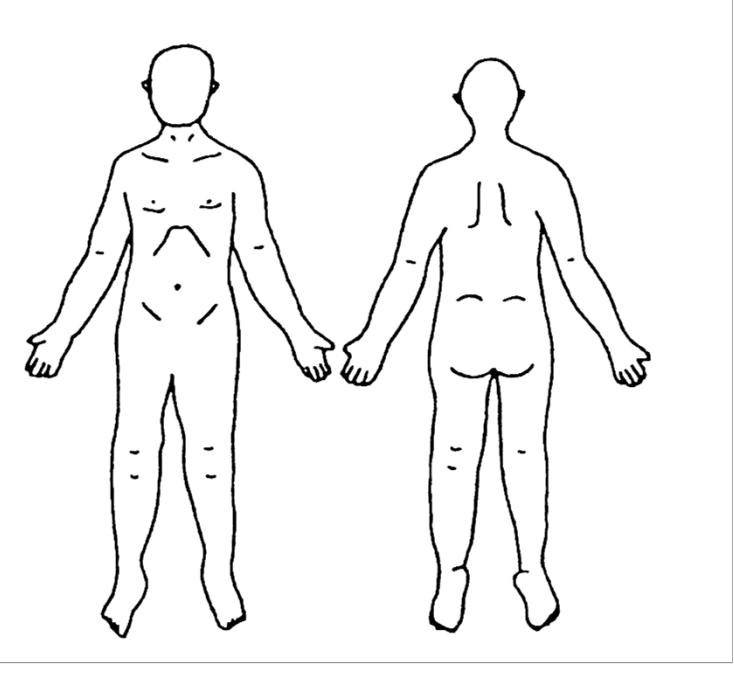


## 緩和ケア実施計画書

氏名	(ふりがな)	年齢	ID																																																																						
生年月日 主訴	明・大・昭・平・令 年 月 日	歳																																																																							
診断	1) 2) 3) 4)	5) 6) 7) 8)																																																																							
現病歴	年 月 日																																																																								
既往歴	年 月 日																																																																								
身体症状	<p><b>【重症度】</b></p> <table> <tbody> <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. 口渴</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 colspan="4"></td></tr> </tbody> </table> <p><b>【症状の性質、分布】</b></p> 			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. 口渴	<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. 口渴	<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)																																																																									

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) ①	②		③	
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)			