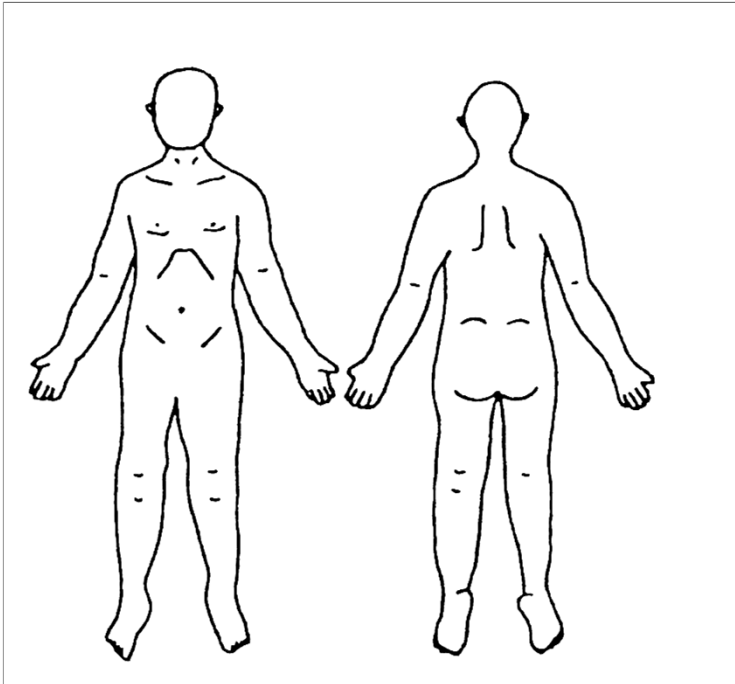


| | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|
| 氏名 | | (ふりがな) | | 年齢 | ID |
| 生年月日 | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | | 歳 | |
| 主訴 | | | | | |
| 診断 | | | | | |
| 1) | | 5) | | | |
| 2) | | 6) | | | |
| 3) | | 7) | | | |
| 4) | | 8) | | | |
| 現病歴 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 既往歴 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 身体症状 | | | | | |
| 【重症度】 | | | | | |
| 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) | | | | | |
| 【症状の性質、分布】 | | | | | |
|  | | | | | |
| 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) | |