ホスピス病棟診療用質問用紙

フリガナ

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　様　　性別　男性　　　生年月日：　　　　年　　月　　日　　　　　（　　　　　）歳

* 該当する欄（□）にチェックし、必要事項をご記入ください。（診療情報提供書の内容と重複する場合は結構です。）

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |
| 現病歴　（診療情報提供書に記載、もしくは、退院時要約などを添付いただいても結構です） | |
| 併存疾患、既往歴　（診療情報提供書に記載、もしくは、退院時要約などを添付いただいても結構です）  <現在治療中の疾患>  なし 糖尿病 高血圧 認知症 腎障害 心疾患（心不全,不整脈） 慢性呼吸不全  精神疾患 その他　（　　　）  <既往歴>  肺結核の既往： 　あり　 　なし　　 　不明 | |
| 現在の状況　（診療情報提供書に記載、処方箋、データを添付いただいても結構です）  <身体症状>  疼痛　吐き気・嘔吐　全身倦怠感　食欲低下　不眠　せん妄　便秘　呼吸困難　下痢  腹水・胸水　腸閉塞　排尿障害　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  <精神症状>  　あり　（　不眠　 　不安　　　抑うつ 　せん妄　　その他（　　　　　　　））　　　なし  <現在行っている処置>  なし　　末梢静脈カテーテル　　ＣＶカテーテル　　 CV-POR　　気管カニューレ　　膀胱カテーテル  腎瘻（腎盂カテーテル）　　ＰＴＢＤ・ＰＴＣＤ 　ＮＧチューブ（目的：　栄養/水分補給、排液/減圧）  胃瘻（目的：　栄養/水分補給、排液/減圧） その他  <現在の処方内容>  <感染症の有無>  HBs-Ag　HCV　CD 　MRSA　その他（　　　　　　　） | |
| がんの状態とこれまでのがん治療について　（診療情報提供書に記載、もしくは、退院時要約などを添付いただいても結構です）  <がんの進行度>  Stage　　　　　　　　　　　　（初発：　　　年　　月頃）  転移の有無：　　 　あり（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 　なし  <外科手術>　 　あり　（手術日、術式など以下にご記入ください） 　なし  <放射線療法>　 　あり　（ありの場合は、照射部位、総線量、時期など以下にご記入ください） 　なし  <化学療法>　 　あり　 　なし | |
| 臨床的な予後予測  6ヶ月～それ以上　2～３ヶ月　1ヶ月以下　急変の可能性あり　その他（　　　） | |
| ご本人・ご家族への説明  <病名、病状の説明>  本人：　説明した（病名のみ転移・再発も含めて予後も含めて）　説明していない  具体的内容：  家族：　□説明した（病名のみ転移・再発も含めて予後も含めて）　説明していない  具体的内容：  <今後の方針に関する説明>  　1．がんの積極的治療は終了していることを患者、家族に説明した 　説明した　 　説明していない  　2．延命処置について　　 　説明した　 　説明していない  具体的内容： | |
| その他　（自由にご記載下さい） | |

市立伊勢総合病院　ホスピス科　ホスピス運営委員会