ホスピス病棟診療用質問用紙

フリガナ

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　様　　性別　　　　　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）　[ ] 酸素療法（　　　　　　　㍑）　 [ ] 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ヶ月以内　[ ] 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