

# 緩和ケア相談依頼書

※ご相談の際に FAX をお願いいたします。表紙は不要です。

(ご記入日： 年 月 日)

県立二葉の里病院 地域医療連携室 FAX 082-262-1253 平日(土日祝日除く) 8:40~17:00

紹介元 医療機関	名称：	所在地：		
	ご担当：	TEL：		FAX：
ふりがな			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
氏名				
住所			連絡先①	
キーパーソン	名前	(続柄)	連絡先②	
現在の 療養場所	<input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医： )			
	<input type="checkbox"/> 入院中( 病院 病棟 科 担当医 )			
	<input type="checkbox"/> 入所中(施設名 )			
健康保険	( 割)		家族構成	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 介護度： ( )			
	ケアマネ事業所： 氏名：			
依頼目的	入院相談	<input type="checkbox"/> 終末期ケア <input type="checkbox"/> 症状マネジメント <input type="checkbox"/> 在宅ケア準備 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	外来相談	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 症状マネジメント <input type="checkbox"/> 緩和ケアの導入 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
病名[原発]	治療	手術	年 月頃	内容：
病名[転移]		化学療法	年 月頃	内容：
病名[合併症]		放射線	年 月頃	内容：
	<input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
病歴	(初診日、診断日、治療、入院日、退院日など)			
主訴	<input type="checkbox"/> 疼痛(部位： 薬剤名： ) <input type="checkbox"/> 呼吸困難(酸素 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹水・胸水 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
予後	<input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 1~2ヶ月 <input type="checkbox"/> 3~4ヶ月 <input type="checkbox"/> 5~6ヶ月 <input type="checkbox"/> 半年以上 <input type="checkbox"/> 不明・その他 ( )			
症状の説明	本人	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済み 内容 ( )		
	家族	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済み 内容 ( )		
	説明時期	本人：	家族：	
予後の説明	本人	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済み 予後 ( )ヶ月と説明 <input type="checkbox"/> 余命も含め理解している <input type="checkbox"/> 余命以外は理解している <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	家族	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済み 予後 ( )ヶ月と説明 <input type="checkbox"/> 余命も含め理解している <input type="checkbox"/> 余命以外は理解している <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	説明時期	本人：	家族：	
本人の希望	<input type="checkbox"/> 明確な入院希望あり <input type="checkbox"/> 理解困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
家族の希望	<input type="checkbox"/> 明確な入院希望あり <input type="checkbox"/> 家族間の意志不統一 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
病室希望	<input type="checkbox"/> 特別室 20,520円(税込) <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 急ぐのでどちらでもよい			
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 絶食 食事形態 ( )		
	栄養	<input type="checkbox"/> 食事のみ <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パルン <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可		
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
入院を希望する場合の 希望時期	<input type="checkbox"/> 可能な限り早く <input type="checkbox"/> 自宅ですばらく過ごし、辛くなったら <input type="checkbox"/> 現病院での治療終了後 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

初診日： 年 月 日 ( ) : ~

※こちらの用紙はコピーしてご利用ください。(2025年4月 改訂)