

医療機関	病院名:	診療科:	担当医:
ふりがな		性別	年 月 日 ()
患者氏名		男 : 女	
住 所			本人連絡先
キーパーソン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 氏名	家族連絡先	
○ 診断とこれまでの治療内容 (該当するものに○をしてください。)			
診断名			
既往歴	無・脳疾患・心疾患・肺疾患・糖尿病・他 ()	治療備考 (治療経過、鎮痛補助薬など)	
転移部位	無・脳・肺・肝・骨・胸膜・腹膜・髄膜・リンパ・他 ()		
併存病態	無・胸水・腹水・腸通過障害・嚥下困難・他 ()		
治療内容	手術・放射線・抗がん剤・ホルモン・免疫・他 ()		
麻薬治療	麻薬名・量・投与方法		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
○緩和ケア病棟を紹介した経緯(複数選択可)		○臨床的な予後予測について	
<input type="checkbox"/> 治療の効果が期待できなくなったため		<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2-3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3-6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上不明	
<input type="checkbox"/> 本人が希望するため		予後の本人家族への説明 <input type="checkbox"/> 家族のみ <input type="checkbox"/> 本人にも	
<input type="checkbox"/> 家族が希望するため		○ODNRの説明同意 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 症状コントロールのため		○本人とのコミュニケーション	
<input type="checkbox"/> 終末期の看取りのため		<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤	
<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 意思明瞭、複雑な表現が可能	
○告知について(複数選択可)		<input type="checkbox"/> 意思明瞭だが単純な表現のみ	
【本人】	<input type="checkbox"/> 病名のみ告知している	<input type="checkbox"/> 時々つじつまが合わない	
	<input type="checkbox"/> 積極的治療の中止	<input type="checkbox"/> 全くコミュニケーションが取れない	
	<input type="checkbox"/> 今後の見通し、予後も含めて告知	○本人の状態 (PS 0 1 2 3 4)	
	※告知について⇒ <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 不明	備考	
	<input type="checkbox"/> 未告知(理由:)		
	※未告知の場合⇒ <input type="checkbox"/> 気づいているだろう		
	<input type="checkbox"/> 全く知らない <input type="checkbox"/> 認識不能 <input type="checkbox"/> 不明		
【家族】	<input type="checkbox"/> 病名のみ告知している		
	<input type="checkbox"/> 積極的治療の中止		
	<input type="checkbox"/> 今後の見通し、予後も含めて告知		

記入について ○で囲むか□をチェックしてください。
不明な場合は未記入でかまいません。

記入者 ()

医師・看護師・MSW・その他