

<様式3>

緩和ケア相談外来チェックリスト

※現在の担当の医師もしくは看護師に記入してもらってください。

貴院書式の診療情報提供書（データ含む）と併せてご提出ください。記載日：____年 ____月 ____日

患者氏名_____ 記載者氏名_____（医師 看護師）

※以下、該当する項目の□にチェックしてください

1. 緩和ケア相談外来紹介について

- 症状緩和のため 本人が希望するため 家族が希望するため
在宅療養が困難なため 終末期看取りのため その他（_____）

2. 緩和ケア病棟の理解について

※患者およびご家族は、緩和ケア病棟ではがんに対する積極的な治療（抗悪性腫瘍剤の内服も含む）は行わないこと、人工呼吸器の使用や人工透析中の方は対象とならない病棟であることを理解していますか

- 患者：理解している 理解していない その他（_____）
家族：理解している 理解していない その他（_____）

3. 患者の告知について

- 病名：告知している 告知していない（説明内容：_____）
転移：告知している 告知していない（説明内容：_____）
予後：告知している（半年以上 月単位 週単位 日単位） 告知していない

4. 家族への告知について

- 病名：告知している 告知していない（説明内容：_____）
転移：告知している 告知していない（説明内容：_____）
予後：告知している（半年以上 月単位 週単位 日単位） 告知していない

5. 現在の患者の状態について

主な症状：（_____）

- PS：4（まったく動けない。身のまわりのことは全くできない。完全にベッドで過ごす。）
3（日中の50%以上をベッドで過ごす。限られた身の回りのことしかできない。）
2（歩行可能で、身のまわりのことは全て可能。日中の50%以上はベッド外ですごす。）
1（軽い家事、事務作業などの軽作業や座っての作業は行うことができる。）
0（まったく問題なく活動できる。）

排泄状況：ベッド上 ポータブルトイレ 車椅子 歩行

食事摂取状況：不可 著明に減少（数口のみ） 中程度減少 正常

浮腫：あり なし せん妄：あり なし

6. その他、特記すべき患者背景があればご記載ください

--