

緩和ケア連携シート

病院名	
記入者名	
記入日	

ふりがな		性別	年齢	身長	体重
患者氏名		男・女	歳		
診断名(転移含む)					
既往歴					
病名告知	未・済(本人・家族)	予後告知	ヶ月 未・済(本人・家族)		
IC内容と理解	本人:		家族:		
患者の思い	どのように過ごしたいと希望しているか				
家族の思い	どのように過ごしてほしいと希望するか				

現在の症状・医療処置	☐ 痛み(使用薬剤) ☐ 呼吸苦(無 ・ 有 : 使用薬剤) ☐ 酸素使用(リットル/ ☐ 経鼻 ☐ マスク ☐ オキシマイザー ☐ その他() ☐ 嘔気・嘔吐 ☐ 浮腫 ☐ 倦怠感 ☐ 食欲不振 ☐ 不眠 ☐ 喀痰吸引(無 ・ 有) 回数(回/日) ☐ 点滴(無 ・ 有) ☐ CV ☐ ポート ☐ PICC ☐ 末梢静脈留置 ☐ せん妄(内容:) ☐ 認知症(内容:) ☐ 危険行動 ☐ 身体拘束(無 ・ 有)(内容:) ☐ 人工肛門 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 腎瘻 ☐ ドレーン ☐ 褥瘡(無 ・ 有) 部位() 処置内容() ☐ エアマット(無 ・ 有)
------------	---

身体状況	① 麻痺 ☐ 無 ☐ 有 () ② 寝返り ☐ できる ☐ できない (体位変換 ☐ 要 ☐ 否) ④ 座位保持 ☐ できる ☐ 支えればできる ☐ できない ⑥ 歩行 ☐ できる ☐ 一部介助 (☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 付き添い ☐ その他 () ⑦ 車いす移乗 ☐ できる (☐ 自走可 ☐ 自走不可) ☐ 一部介助 ☐ 全介助
------	---

食事	① 食事内容 種類 () 形態 () ② 摂取量 ☐ 全量 ☐ 半分 ☐ 半分以下 ☐ 数口のみ ☐ 数口のみ ☐ 経口摂取困難 ③ 食事方法 ☐ 自立 ☐ 部分介助 (☐ セットアップ ☐ 見守り) ☐ 全介助 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 経鼻胃管チューブ ☐ その他 () ④ 水分 ☐ むせる ☐ とりみ使用 (強 ・ 中 ・ 弱) ☐ むせない ⑤ 口腔 ☐ 義歯 ☐ 部分義歯 ☐ 自歯
----	---

排泄	① 尿 ☐ 自立 ☐ 介助 (☐ トイレ ☐ 尿器 ☐ オムツ) ☐ 留置カテーテル (Fr) ② 便 ☐ 自立 ☐ 介助 (☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ) ☐ 人工肛門
----	---

睡眠	① 睡眠 ☐ 問題なし ☐ 不良 (薬剤使用:) 頻度 : ☐ 定期 ☐ 必要時
----	--

コミュニケーション	① 意思伝達 ☐ 十分できる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求のみ ☐ できない ② 聴力 ☐ 問題なし ☐ 大きな声で ☐ 難聴 (右 ・ 左) (補聴器 ☐ 有 ☐ なし) ③ 視力 ☐ 問題なし ☐ 眼鏡やコンタクト ☐ 障害あり (右 ・ 左) (内容:) ④ ナースコール ☐ 押せる ☐ 押せない
-----------	---

社会状況	① 家族構成 (図) ② 介護状況 ③ キーパーソン 連絡先 ④ その他
------	---

介護保険	☐ 要支援 () ☐ 要介護 () ☐ 申請中 (申請日) ☐ 未申請
------	---

その他	
-----	--