

③緩和ケア病棟入院申込書B
医師記載用

患者名： _____ 記載者名： _____ ご記入日 年 月 日

生年月日： 年 月 日 歳 男・女 医療機関名（御所属） _____

1. 現在の療養場所をご教示ください。 入院中・入院中退院予定有（期日： _____）・自宅・施設・その他（ _____ ）

2. 現在あるいは、今後連携予定の地域の医療機関（診療所等）はありますか？ ある ・ ない
ある場合は医療機関名をご記載ください。

医療機関名： _____ 担当医： _____ 連絡先： _____

3. 病名や病状（転移の有無）について、直近で本人・ご家族にいつどのようにご説明されましたか？
年 月 日

患者 病名： _____ 病状： _____

家族 病名： _____ 病状： _____

4. 緩和ケアへの移行について本人・ご家族にどのように説明されましたか？

患者 説明： _____

反応： _____

家族（説明を受けた人： _____ ）

説明： _____

反応： _____

5. 予後の見通しはどの程度とお考えですか？

1ヵ月以内 ・ 2-3ヶ月 ・ 半年程度 ・ 1年以上

6. 本人・ご家族への予後の見通しの説明について（患者様に伝えるのは必須ではありませんが、ご家族には必ずお伝えください）

患者：予後 伝えた・ 伝えていない（伝えていない理由： _____ ）

家族：（説明を受けた人： _____ ）

予後 伝えた・ 伝えていない（伝えていない理由： _____ ）

7. 現在、苦痛症状をご記載ください。

8. 現在の全身状態についてご記載ください。

| | | | | | | |
|-------|--|--------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|
| PS | 0: 発病前と同等に振舞える | 1:肉体力労働程度制限 | 2:歩行・身の回り可能 日中50%以上起居 | 3:身の回りある程度可能 日中50%以上臥床 | 4:全介助終日臥床 | |
| JCS | 0:意識清明 | 1:概ね清明いまひとつはっきりしない | 2:見当識障害 | 3:姓名生年月日言えない | 4:JCS10-30: (刺激すると覚醒する) | 5:JCS100-300 (刺激しても覚醒しない) |
| 言語反応 | 5:見当識の保たれた会話 | 4:会話混乱 | 3:混乱した発語のみ | 2:理解不能音声 | 1:会話なし | X:発語障害(声)あるが意識レベルは問題なし |
| 感染症 | HBs HCV HIV PRP TPLA MRSA 緑膿菌 VRE TB CJD その他 | (_____) | | | | |
| アレルギー | 薬剤： _____ | 食物： _____ | | | 造影剤： 有 無 | |

9. 緩和ケア病棟に入院するタイミングについてご記載ください。

1.できるだけ早く入院 2.在宅療養が困難となった場合 3.その他（ _____ ）

ご回答ありがとうございました。緩和ケアの登録について検討させていただきます。NTT 東日本関東病院

申込書類を準備いただく際に注意いただきたいこと

緩和ケア病棟の入院申込を書類審査に変更して以来、郵送いただいた書類を確認させていただくと、以下のような書類不足や記載漏れ等が見られることがあります。こうした場合、不足分の確認のために、審査までに通常よりも多くの時間を要する場合があります。書類をご準備いただく際は、特に以下の点についてご注意ください。よろしくお願い申し上げます。

①画像データ・資料のみで、読影レポートが同封されていない。

* 訪問診療からのご紹介の場合、お手元にある資料の範囲内で送付できるものがあれば、同封をお願いいたします。

②紹介状に原疾患以外の情報が書かれていない。

* 診療を継続していくうえで、併存疾患および重要な既往歴については情報提供をお願いいたします。この点につきましては、入棟審査後に改めて確認のため、ご連絡を差し上げることがあることをご承知おきください。

③緩和ケアへの移行を説明した際、患者・家族の反応に関する記載がない。

* 緩和ケア病棟での療養を検討するうえで、重要な点となりますので記載をお願いいたします。

④治療された病院からのご紹介のケースで、申し込んだ時点ですでに患者が退院を

し、訪問診療が開始されているが、訪問診療からの紹介状が同封されていない。

* 訪問診療が開始されて1か月以上経過している場合は、訪問診療からの紹介状もお願いいたします。

⑤訪問診療からのご紹介ケースで、治療を実施した病院の紹介状がない。

* 治療をした病院から提供された情報で構いませんので、情報共有をお願いいたします