

### 村上華林堂病院 緩和ケア依頼事前情報書（医療機関用）

医療機関名 \_\_\_\_\_  
相談担当者 \_\_\_\_\_ 様  
 MSW  SW  NS

#### 1. 基本情報

1 患者名（イニシャル又は氏名） \_\_\_\_\_  
2 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
3 性別  男  女

家族構成 \_\_\_\_\_  
  
キーパーソン（ \_\_\_\_\_ ）

#### 2. 依頼目的

入院予約  外来通院での症状コントロール（併診含む）  在宅支援

#### 3. 今後の医療機関への通院予定の有無

無  有 頻度（ \_\_\_\_\_ に \_\_\_\_\_ 回程度） 次回受診日（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

#### 4. 患者さんに最初に緩和ケアをすすめた人

患者さん本人の希望  配偶者  子供  親戚  両親  
 家族の勧め  その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 医師  看護師  医療関係者 その他（ \_\_\_\_\_ ）

#### 5. 緩和ケアを紹介した経緯について

治療の継続が困難 → その理由  病状進行  本人・家族の希望  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

#### 6. 現時点での病状認識、どこまで説明したか

1) 患者さん本人に対して  
 未告知  
 病名のみ  現在の状況  予後（ \_\_\_\_\_ ） 時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

2) 家族に対して  
 未告知  
 病名のみ  現在の状況  予後（ \_\_\_\_\_ ） 時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃  
誰に行ったか  配偶者  子供  親戚  両親  その他（ \_\_\_\_\_ ）

#### 7. 患者さんの臨床的予後はどのくらいあると考えるか（複数選択可）

6ヶ月以上  3ヶ月以上  2ヶ月程度  1ヶ月程度  
 2週間程度  1週間程度  急変の可能性あり

#### 8. ADL状況

自立  見守り歩行  車いす  ベッド上

#### 9. 今後の療養先の希望（複数選択可）

自宅  緩和ケア病棟  未定  その他（ \_\_\_\_\_ ）

