

□病歴、症状の詳細等は診療情報提供書を参照してください。

基本情報	患者氏名		性別	年齢	生年月日		血液型	
	ふりがな		男・女		年 月 日生			
	住所				電話番号			
	〒				自宅			
					携帯			
診療情報提供書参照	感染症	アレルギー・副作用情報		転移				なし 肺・骨()・脳・腹膜・肝・リンパ・その他()
	がん病名	STAGE		TNM	T	N	M	
	手術	手術術式		手術日		その他病名		
	治療計画	治療状況						
	投薬内容	検査データでの特記事項						
治療	化学療法	放射線療法		その他療法				
	コンプライアンス	□良 □不良						
	治療上の問題点	治療上の希望内容						
	告知	病状について		理解度	予後について		理解度	
	本人	□無 □有		□良 □不良			□良 □不良	
家族	□無 □有		□良 □不良			□良 □不良		
思い・希望	がん治療に対する希望		延命治療について		療養場所			
	本人	CPR □してほしい □してほしくない □決められない	症状悪化急変時の対応	□自宅 □病院() □その他()				
			看取り	□自宅 □病院() □その他()				
	家族	CPR □してほしい □してほしくない □決められない	症状悪化急変時の対応	□自宅 □病院() □その他()				
			看取り	□自宅 □病院() □その他()				
精神状態	患者	□無 □有【抑うつ・不安・せん妄・不眠・興奮・認知症・その他()】						
	家族	□無 □有【抑うつ・不安・せん妄・不眠・興奮・認知症・その他()】						

□病院 記入日
□診療所
□訪問看護ステーション
□ケアマネジャー 記入者 病院
□その他 診療所 訪問看護ステーション ケアマネジャー

看護師等の評価	疼痛	□疼痛なし □疼痛あり(部位 :) 痛みの程度()					
	鎮痛処置	□麻薬使用なし □麻薬使用あり() □他の方法() □麻薬副作用なし □麻薬副作用あり() その他特記事項()					
	消化器症状	□なし □あり(嘔吐・腸閉塞・便秘・下痢・腹水・嚥下障害・その他()) 対処 :					
	呼吸器症状	□なし □あり(呼吸困難・咳・胸水・喘鳴・その他()) 対処 :					
	その他症状	□なし □あり(全身倦怠感・浮腫・発熱・その他()) 対処 :					
	創傷処置(褥瘡等)	□なし □あり(褥瘡部位 : 深さ : 対策 : エアマット 有・無)		□処置なし □処置あり() その他()			
	処置	□中心静脈栄養 □末梢点滴()		□尿カテーテル □吸引処置 □ストマ(部位 :) □その他()			
	食事摂取状況	□良 □不良 : 摂取程度		その他 :			
	その他・問題点など						
	環境因子	家族構成		キーパー	続柄	連絡先	
		主介護者	続柄	連絡先			
サポート体制上の問題点		□人員上 □経済上 □その他					
A D L		□自立 □移動要介助 □排泄要介助		コミュニケーション障害 □言語障害 □視力障害 □聴力障害 □その他()			
家庭・環境		□独居・介護人なし □独居・介護人あり □同居(同居人) □その他()					
介護の状況		主介護者の介護意欲 □積極的 □消極的 □拒否的 □不明 介護を援助できる人 □あり(人・人数不明) □なし					
PSC		1 2 3 4	その他・特記事項				
介護保険		□申請中 □申請予定なし □不明 □取得済み → 非該当・要支援 1 2 ・要介護 1 2 3 4 5					
身障		□なし □あり(級/障害の種類)		福祉医療	□なし □あり	公費 □なし □あり	
社会資源		□在宅(かかりつけ)医() □ケアマネジャー()		□訪問看護ステーション() □その他 □調剤薬局()			
緊急時の対応	紹介手順		連絡手順		連絡先		