

災害医療センター がん疼痛相談外来 患者情報提供書

記入年月日	年 月 日
所在地	
名称	
医師名	
TEL	
FAX	

ふりがな 患者氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	M T S H	年 月 日生 歳
患者住所	〒	
電話番号		
家族構成	(同居家族：氏名、年齢、続柄、非同居家族：氏名、年齢、続柄、居住地)	
キーパーソン	(氏名、続柄)	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ)	

病状説明	本人	月 日	
	家族	月 日	
予後説明	本人	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	家族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
治療の希望	本人		
	家族		
療養先の希望	本人		
	家族		

病歴

主病名			
遠隔転移部位			
悪性腫瘍による合併症 (腸閉塞など)			
現病歴			
治療歴	手術	年 月	
		年 月	
	化学療法	年 月	
		年 月	
		年 月	
		治療最終日	年 月 日
	放射線治療	年 月	
		年 月	
		治療最終日	年 月 日
	その他	年 月	
年 月			
見込まれる予後		<input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 月単位 <input type="checkbox"/> 年単位	
今後の方向性		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 療養型病床 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> その他()	
既往歴		年 月	
		年 月	
		年 月	
嗜癖		タバコ：	酒：
			薬物：

依頼事項

疼痛	部位： (考えられる原因)
他の身体症状	<input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> その他()
精神症状	<input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他()
社会的問題	<input type="checkbox"/> 療養場所に関する相談 <input type="checkbox"/> 在宅療養の調整 <input type="checkbox"/> 転院の調整 <input type="checkbox"/> 経済的問題 <input type="checkbox"/> 家族支援 <input type="checkbox"/> その他()
依頼内容	

現在の治療

薬物療法	非オピオイド鎮痛薬	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン() <input type="checkbox"/> NSAIDs() <input type="checkbox"/> ステロイド()	
	オピオイド鎮痛薬	開始時期	
		過去に使用した薬剤名、変更した理由	
		最終処方内容	
	鎮痛補助薬	<input type="checkbox"/> 抗うつ薬() <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬() <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬()	
その他			
その他			

身体活動・日常生活動作

身体活動状況 PS		<input type="checkbox"/> 0 問題なし <input type="checkbox"/> 1 軽度の症状はあるが、軽い労働は可能 <input type="checkbox"/> 2 時に介助が必要、1日の半分は起きている <input type="checkbox"/> 3 しばしば介助が必要、1日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 4 常に介助が必要、終日臥床している
移動		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
食事	経口摂取	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻
入浴		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ
コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 0 意味明瞭・複雑な表現 <input type="checkbox"/> 1 意味明瞭・単純な表現 <input type="checkbox"/> 2 ややつじつまが合わない <input type="checkbox"/> 3 明らかにつじつまが合わない <input type="checkbox"/> 4 意思疎通できない <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他()
認知	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	理解力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
服薬管理		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療者 <input type="checkbox"/> その他()