

緩和ケア継続連絡票

医療機関名: _____

① 記載日:

② 記載者:

③ 退院前カンファレンス日:

患者氏名 <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">様</div>	性別 男・女	住所 tel ()	ID
生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (歳)		職業:	世帯主氏名 続柄
④家族構成(介護者に*) キーパーソン: →連絡先(tel) () 主たる介護者: →連絡先(tel) ( ) <div style="margin-left: 40px;"> □—○ | ○ </div>			既往歴: 感染症:
疾患名 1) () 3) 2) () 4)			入院期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日
入院まで・入院中の経過(手術日、術式など・・・)			
⑤現在の疾患の状況 1) 原発巣の状態 2) 現状で判明している転移巣 3) その他肝臓、腎臓、心臓等の機能など 特記事項(注意事項等)			
⑥疼痛コントロール 1) 定時薬 オピオイド: 消炎鎮痛薬: 2) レスキュー オピオイド: 消炎鎮痛薬: 3) 副作用対策: 便秘対策: 嘔気対策: 4) 疼痛コントロールに対する特記事項:		精神症状 1) 定時薬 2) その他の頓服薬 3) 精神症状に関する特記事項 不安 抑うつ せん妄 不眠	

⑦身体活動状態(ADL) 及び留意点		
1)活動: 自立・車いす・歩行器・付き添い歩行・床上		
2)食事: 自立・要介助・不可(経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう)		
3)排泄: 自立・ポータブルトイレ・床上排泄・バルーンカテーテル・オムツ使用		
4)清潔: 自立・清拭・入浴/シャワー浴介助		
5)睡眠: 問題なし・不眠→薬剤使用 あり() / なし		
6)その他:		
⑧社会的状況		
1)経済的課題 あり なし (内容)		
2)仕事・趣味・交際などの活動・生きがい (内容)		
⑨本人・家族への説明と合意		
1)疾患・治療について	説明内容	合意状況
本人:	.....	.....
家族:	.....	.....
家族氏名:	.....
2)在宅生活における本人・家族の希望		
本人:	.....
家族:	.....
⑩社会資源の活用		
1)介護認定 あり(介護度) ・ 申請中 ・ なし		
2)社会資源活用(連絡票の送付先に○をつける)		
	事業者名	担当者名 連絡先(tel)
ケアマネ:	.....	.....
訪問看護:	.....	.....
訪問介護:	.....	.....
福祉用具:	.....	.....
その他:	.....	.....
⑪主治医及び緊急時の連絡先		
1)在宅主治医:所属	氏名	連絡先
2)病院主治医:所属	氏名	連絡先
⑫連絡票発送の了解:済み→続柄 記録内容の同意:平成 年 月 日 署名:	その他(未確認 拒否)	⑬病院窓口担当者氏名:

