

大阪府がん緩和地域連携パス カンファレンス情報シートNO1

(記載日

年

月

日)

ふりがな			ID								
氏名			男・女	年齢	歳	T	S	H	年	月	日
住所						電話番号					
緊急連絡先	①			続柄 ()	*キーパーソン携帯 (必須)						
	②			続柄 ()							
連携関係施設担当者											
医師	氏名 ()			連絡先 ()	電話			FAX			
看護師	氏名 ()			連絡先 ()	電話			FAX			
医療ソーシャルワーカー	氏名 ()			連絡先 ()	電話			FAX			
ケアマネージャー	氏名 ()			連絡先 ()	電話			FAX			
訪問診療	診療所名 ()			担当医師名 ()			連絡先 ()				
訪問看護	ステーション名 ()			担当者名 ()			連絡先 ()				
調剤薬局	薬局名 ()			担当者名 ()			連絡先 ()				
訪問介護	事業所名 ()			担当者名 ()			連絡先 ()				
後方支援ベッドの確保	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有		名称 ()				連絡先 ()				
居宅環境や支援体制											
主介護者	①			続柄 ()			連絡先 ()				
	②			続柄 ()			連絡先 ()				
寝たきり度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2										
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
在宅形態	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション (居室 階)										
	<input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 駐車スペース <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
居住状態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居										
経済状況など他											
保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ()										
公費負担	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有										
高額医療費申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有										
身体障害手帳申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済		等級		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> その他 ()						
その他特記事項	()										
介護保険・サービス状況											
介護保険申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済										
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5										
紹介目的など											
現在の療養環境	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療										
紹介目的	<input type="checkbox"/> 苦痛症状緩和 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> 療養目的 <input type="checkbox"/> 外来通院										
	<input type="checkbox"/> 在宅医療 <input type="checkbox"/> 外来通院と在宅医療の併用 <input type="checkbox"/> 最後の療養先を決めるまで										
その他連絡事項											

ふりがな 氏名	ID					
	男・女	年齢	歳	T S H	年 月 日	
診療情報						
診断名	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> その他 () (確定診断日 平成 年 月 日) (組織型)					
転移の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> その他 (部位など)					
治療歴 (手術・化学療法・内分泌・免疫・放射線療法など)						
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (*手術施行日の記載必須)					
化学・内分泌・免疫療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中 ()					
放射線治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中 (部位 総 Gy) (年 月 日 ~ 年 月 日)					
予後予測						
臨床的予後予測	<input type="checkbox"/> 6か月以上 <input type="checkbox"/> 3~6か月 <input type="checkbox"/> 1~3か月 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位					
今後起こりうる症状	<input type="checkbox"/> 急変あり 他 ()					
告知や説明について						
	(本人)			(キーパーソン)		
病名	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
病状 (転移や広がり)	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
予後	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	告知	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
苦痛緩和が中心となること	説明	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	説明	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
延命処置拒否などの事前指示	聴取	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	聴取	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未
患者への説明内容	()					
特記事項	()					
今後の説明の希望						
聴取者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 続柄 () <input type="checkbox"/> すべて本人が知りたい <input type="checkbox"/> 悪い話はあまり知りたくない <input type="checkbox"/> 決められない <input type="checkbox"/> 家族、またはキーパーソンにだけに話してほしい <input type="checkbox"/> その他 ()					
特記事項	()					
今後の療養場所の希望						
本人	<input type="checkbox"/> 入院したい <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟に入院したい <input type="checkbox"/> できるだけ自宅で過ごしたい					
家族	<input type="checkbox"/> 入院してほしい <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟に入院させたい <input type="checkbox"/> できるだけ自宅で過ごしてほしい					
今後の方針	()					

