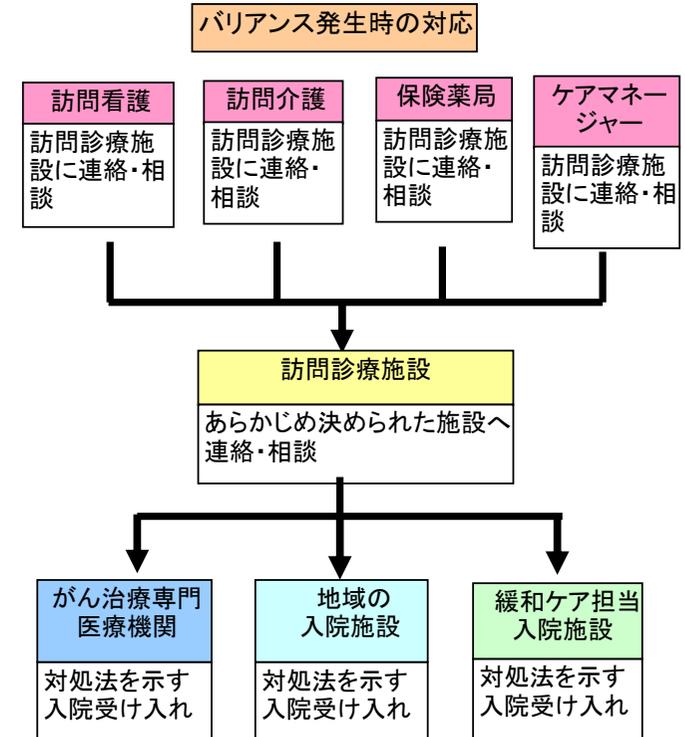


| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|---------|----|
| 岡山県在宅緩和ケアパス(医療者用) | | 患者名 | | | | 現在使用中の薬剤 (一包化されている薬剤にチェック) | | |
| | | 生年月日 | T/S/H | 年 | 月 | 日 | 薬剤名 | 用法 |
| 住所 | | | 電話 | | | <input type="checkbox"/> 1.() | [医療用麻薬] | 用法 |
| 診断名 | | | | | <input type="checkbox"/> 2.() | [レスキュー] | | |
| 紹介目的 | 1. 在宅における緩和医療 2. 症状コントロール 3. 入院治療・療養・レスパイト 4. 緩和ケア病棟入院 5. その他() | | | | | <input type="checkbox"/> 3.() | | |
| バリアンス | パス継続の検討事項(下記の事項があった場合、患者・家族・各施設間で相談する) | | | | | <input type="checkbox"/> 4.() | | |
| | <input type="checkbox"/> 症状マネジメント困難 | | <input type="checkbox"/> 病状の悪化により入院希望 | | | <input type="checkbox"/> 5.() | [外用] | |
| <input type="checkbox"/> サポート問題で入院希望 | | <input type="checkbox"/> 経口摂取減少 | | | <input type="checkbox"/> 6.() | | | |
| <input type="checkbox"/> レスパイト入院 | | <input type="checkbox"/> ADL低下 | | | <input type="checkbox"/> 7.() | 自己管理 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | <input type="checkbox"/> 看取り | | | <input type="checkbox"/> 8.() | □可 □不可 | | |
| | | <input type="checkbox"/> その他() | | | <input type="checkbox"/> 9.() | 一酸化 | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 10.() | □要 □不要 | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 11.() | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 12.() | アドヒアランス | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 13.() | □良 □不良 | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 14.() | その他 | | |

| | | | |
|------------|------|---------------------|-----|
| 訪問施設 | 施設名 | 電話番号 | 担当者 |
| | 看護 | | |
| | 介護 | | |
| | 薬局 | | |
| | ケアマネ | | |
| 訪問診療担当施設 | 施設名 | 電話番号 平日 夜間・休日 | 担当者 |
| がん治療専門医療機関 | 施設名 | 電話番号 平日 夜間・休日 | 担当者 |
| 地域の入院施設 | 施設名 | 電話番号 平日 夜間・休日 | 担当者 |
| 緩和ケア担当入院施設 | 施設名 | 電話番号 平日 夜間・休日 | 担当者 |



患者名 ()

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| 患者情報 | <p>現在がんの部位</p> | 代理症状評価尺度 (STAS-J) | | 退院時医療器具 | 家族構成 |
| | | 疼痛 0 1 2 3 4 下痢 0 1 2 3 4 しびれ 0 1 2 3 4 尿閉 0 1 2 3 4 全身倦怠感 0 1 2 3 4 失禁 0 1 2 3 4 呼吸困難 0 1 2 3 4 発熱 0 1 2 3 4 せき 0 1 2 3 4 眠気 0 1 2 3 4 たん 0 1 2 3 4 不眠 0 1 2 3 4 嘔気 0 1 2 3 4 抑うつ 0 1 2 3 4 嘔吐 0 1 2 3 4 不安 0 1 2 3 4 口渇 0 1 2 3 4 せん妄 0 1 2 3 4 腹満 0 1 2 3 4 浮腫 0 1 2 3 4 食欲不振 0 1 2 3 4 その他 0 1 2 3 4 便秘 0 1 2 3 4 () | 末梢点滴 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> CVポートカテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管チューブ <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 尿路ストマ <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> その他() | キーパーソン() 続柄() | |
| | | PS(performance status) | 0 1 2 3 4 | 経済状況 医療保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 各種共済 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 健保(協会・組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他() 年金 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 各種共済 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害(基礎 厚生) 介護保険 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 身体()種()級 精神()級 療育 | |
| | | 栄養管理 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻・経腸 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV・ポート 内服状況 <input type="checkbox"/> 経口(錠剤、散剤) <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 困難 今後起こりうる症状 <input type="checkbox"/> イレウス <input type="checkbox"/> 腹水貯留 <input type="checkbox"/> 吐血・喀血・下血 <input type="checkbox"/> 胸水貯留 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 肝不全 <input type="checkbox"/> 体表のがんの自壊・出血 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難・食道狭窄 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 麻痺() <input type="checkbox"/> 上大動脈症候群 <input type="checkbox"/> その他() | 住宅形態 | | <input type="checkbox"/> 一戸建(平屋、2階建) <input type="checkbox"/> 集合住宅()階 エレベーター 有・無 <input type="checkbox"/> 賃貸 |
| 今後の見通し | <input type="checkbox"/> 年単位 <input type="checkbox"/> 長い月単位 <input type="checkbox"/> 短い月単位 <input type="checkbox"/> 週単位 | | | | |
| 病状説明内容 (予後も含めて) | | | | | |
| 患者の希望、大切にしたいこと | | | 家族の希望、大切にしたいこと | | |
| 病名、病状、予後についての説明への希望 | 病状が悪化したときの希望の療養場所 | | 急に心肺停止が起こった場合 | | |
| <input type="checkbox"/> 具体的に全て教えてほしい <input type="checkbox"/> 良くない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 家族にだけ話してほしい <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 往診を続けたもらい最期まで自宅で過ごしたい <input type="checkbox"/> 入院したい <input type="checkbox"/> なるべく在宅で過ごしたいが、必要なら入院したい <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 心臓マッサージと人工呼吸器を希望する <input type="checkbox"/> 心臓マッサージは希望する <input type="checkbox"/> 自然に任せたい <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他() | | |