

【医療スタッフが記入⇒K-MCRへFAX返信(FAXのみで可)】

## 豊橋医療センター 緩和ケア患者紹介連絡票

■記入者 (Ns・Dr)/ 記入日 年 月 日

患者名	様	生年月日	T・S・H 年 月 日 ( 歳)
家族構成	キーパーソン氏名・連絡先		様(続柄)
	①( )		—
	②( )		—
患者の所在	<input type="checkbox"/> 入院中( 病棟) 退院の予定( 月 日) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )		
社会的問題等	家族に関する問題	<input type="checkbox"/> 家族関係に問題あり <input type="checkbox"/> 家族の協力が得られない	
	キーパーソンについて	<input type="checkbox"/> 身元引受人としての遂行能力に問題あり <input type="checkbox"/> 家族以外の方がキーパーソンである	
	経済状況に関する問題	<input type="checkbox"/> 医療費の支払いに不安あり <input type="checkbox"/> 生活費の不安あり <input type="checkbox"/> 金銭管理上の問題あり <input type="checkbox"/> 生活保護受給者	
	特記事項	<input type="checkbox"/> なし	
病状等の説明	患者に対して	病名	<input type="checkbox"/> 済( 年 月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未
		病状	<input type="checkbox"/> 済( 年 月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未
	キーパーソンに対して	病状(予後を含め)	<input type="checkbox"/> 済(期間 ) ・ <input type="checkbox"/> 未説明
		急変の可能性	<input type="checkbox"/> 済( 年 月頃) ・ <input type="checkbox"/> 未

## ADL等

食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 粥食	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> その他( )
嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 時々問題あり	<input type="checkbox"/> 問題あり		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
排尿	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル
排便	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 便器	
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
座位保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 支えあれば可	<input type="checkbox"/> 不可		
立位保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 支えあれば可	<input type="checkbox"/> 不可		
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 特殊浴	
	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
身体状況	肢体障害・麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢 )		
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )		
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )		
	視覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )		
精神・神経状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健忘	<input type="checkbox"/> 失見当識	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 失認
	<input type="checkbox"/> 失行	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 自発性低下	<input type="checkbox"/> 傾眠
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 興奮・易怒的
	<input type="checkbox"/> 介護抵抗・拒否	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 依存症(アルコール・ギャンブル)	
	<input type="checkbox"/> その他( )				
医療処置	<input type="checkbox"/> なし	点滴管理( <input type="checkbox"/> 末梢・ <input type="checkbox"/> 皮下・ <input type="checkbox"/> 中心静脈)		<input type="checkbox"/> 酸素療養 0/分	<input type="checkbox"/> 気管切開
	<input type="checkbox"/> 吸引 回/日	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 腎瘻( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右)	<input type="checkbox"/> ストーマケア	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位)				
<input type="checkbox"/> その他( )					
感染症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(菌名)	検出部位		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 伝えられない		
介護者の指示	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 時々通じる	<input type="checkbox"/> 通じない		