

【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	☐ 入院中(病棟) 退院の予定(月 日) ☐ 自宅 ☐ その他()		
社会的問題等	家族に関する問題 ☐ 家族関係に問題あり ☐ 家族の協力が得られない		
	キーパーソンについて ☐ 身元引受人としての遂行能力に問題あり ☐ 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 ☐ 医療費の支払いに不安あり ☐ 生活費の不安あり ☐ 金銭管理上の問題あり ☐ 生活保護受給者		
	特記事項 ☐ なし		
病状等の説明	患者に対して	病名	☐ 済(年 月頃)・ ☐ 未
		病状	☐ 済(年 月頃)・ ☐ 未
	キーパーソンに対して	病状(予後を含め)	☐ 済(期間)・ ☐ 未説明
		急変の可能性	☐ 済(年 月頃)・ ☐ 未

医療処置、ADL等（※必須記載事項）

精神・ 神経状況(※)	☐ なし	☐ 健忘	☐ 失見当識	☐ 失語	☐ 失認
	☐ 失行	☐ 妄想	☐ 幻視・幻聴	☐ 自発性低下	☐ 傾眠
	☐ 昼夜逆転	☐ 睡眠障害	☐ せん妄	☐ 暴言・暴力	☐ 興奮・易怒的
	☐ 介護抵抗・拒否	☐ 不潔行為	☐ 徘徊	☐ 依存症(アルコール・ギャンブル)	
	☐ その他()				
医療処置(※)	☐ なし		☐ 点滴管理(☐ 末梢・ ☐ 皮下・ ☐ 中心静脈)		☐ 酸素療養 ℓ/分 ☐ 気管切開
	☐ 吸引 回/日	☐ 胃瘻	☐ 腎瘻(☐ 左・ ☐ 右)		☐ ストーマケア ☐ 褥瘡処置
	☐ 褥瘡処置(部位:)				
	☐ その他()				
感染症(※)	☐ なし ☐ あり (菌名:)		検出部位:)		
意思の伝達(※)	☐ 伝えられる	☐ やや困難	☐ 伝えられない	☐ 全盲	☐ ろうあ
介護者の指示	☐ 通じる ☐ 時々通じる		☐ 通じない		
福祉サービス 利用状況	身体障害者手帳	☐ 無 ☐ 有(種 級)		☐ 申請中	
	介護保険認定	☐ 要支援・要介護() ☐ 申請中(申請日 月 日) ☐ 未申請			
	サービス利用状況				