

貴施設に類似の書式をお持ちでしたらそれでも結構です。

リレーシート（新規受付用紙）		氏名	(歳) (男・女)	記載日	月	日
住所	電話 ()		記載者	医師		
病名				看護師		
				MSW		
現時点で予測される予後	<input type="checkbox"/> 日単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 1-3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3-6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> ()					
急変リスクの見込み	<input type="checkbox"/> 低～中等度 ⇒ (具体的に) <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> その他 ()					
予後説明 (時期・伝えた相手・内容)	<input type="checkbox"/> 予後については知らせていない <input type="checkbox"/> () 頃) に () に対し () と伝えた					
病状・予後説明の特記事項 (患者に悪い説明をしない等)						
症状緩和における注意点 (もしあれば)	・効果が乏しかった薬剤 () ・副作用が強かった薬剤 () ⇒ 副作用の内容 () ・その他 ()					
*ここから上の太枠内は医師が記載してください。 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 定期内服薬の情報、血液検査（数回分、時系列で）、画像のCD・読影所見を添付して下さい						
起居動作	<input type="checkbox"/> 自力歩行可能 <input type="checkbox"/> 介助歩行可能 <input type="checkbox"/> ベッド上臥床 <input type="checkbox"/> ()					
食事量	() 割程度					
医療処置	<input type="checkbox"/> 末梢静脈点滴 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 月1回の注射 <input type="checkbox"/> 持続皮下注射 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 外瘻チューブ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 () *点滴・注射の内容 () <input type="checkbox"/> 別紙参照					
現在の苦痛な症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日) <input type="checkbox"/> 通院中 ⇒ 今後の通院予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
同居家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> () 人暮らし：同居家族； ()					
訪問看護	() 訪問看護ステーション					
ケアマネージャー	() 担当者： ()					
在宅担当医	() () 医師					
外来主治医	(診療科：) () 医師					
緊急時の入院受け入れ	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 条件付で可 (具体的内容：)					
医療保険	<input type="checkbox"/> 負担 <input type="checkbox"/> 公費助成 ()					
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定有 () <input type="checkbox"/> 申請中 (区分変更含む) ⇒ 認定調査日： <input type="checkbox"/> 未申請 ⇒ 理由：					
看取りの場所の希望 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> () 病院 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ホスピス/緩和ケア病棟 () 病院 ⇒ 面談日： <input type="checkbox"/> 未確認					
状態悪化時の対応(希望)	<input type="checkbox"/> 入院希望無し <input type="checkbox"/> 入院希望あり ⇒ () 病院 <input type="checkbox"/> 不明					
備考 (本人の思いや希望を含む) <input type="checkbox"/> 別紙参照						
発信元						