

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)		患者氏名		記載日		年 月 日	
病名		生年 月 日		年 月 日		記 載 者	
						医 師	
						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"/> 1-2カ月 <input type="checkbox"/> 3-5カ月 <input type="checkbox"/> 6カ月以上 <input type="checkbox"/> ( )					
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)							
現在の苦痛な症状と 治療・ケア		<input type="checkbox"/> 疼痛(部位: ) <input type="checkbox"/> 悪心嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不安・抑うつ <input type="checkbox"/> その他( ) 副作用で中止した薬 ( ) 効果の乏しかった薬剤・治療:( )					
医療処置		<input type="checkbox"/> 末梢静脈点滴 <input type="checkbox"/> CVポート <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"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 輸血( ) <input type="checkbox"/> 胸腹水穿 <input type="checkbox"/> その他[リゲル, ランマーク等は最終投与日も]( )					
状態悪化時、緊急時受け 入れ (入院含む)		<input type="checkbox"/> 原則として可 <input type="checkbox"/> 原則として不可 <input type="checkbox"/> 条件付きで可(具体的内容: )				<input type="checkbox"/> 左記を患者・ 家族に伝えている	
*ここから上の太枠内は医師が記載。定期内服薬情報、血液検査(時系列で)、画像CD・読影所見をご添付下さい							
現在の状況		<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定日: ) 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;					
キーパーソン		<input type="checkbox"/> 家族・血縁者(続 氏名: ) <input type="checkbox"/> その他(関係: 氏名: )					
ADL		<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> ベッド上臥床 <input type="checkbox"/> その他( )					
食事量		<input type="checkbox"/> 食べていない <input type="checkbox"/> お楽しみ程度 <input type="checkbox"/> かなり少ない <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 全量					
医療保険		負担割合: 公費助成等 <input type="checkbox"/> 障医 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 労災(病名: ) 限度額区分: <input type="checkbox"/> その他					
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( )					
訪問看護/ケアマネジャー		( ) 訪問看護ST: ( ) 担当者:					
療養希望施設:(ホスピス 緩和ケア病棟、在宅ホス ピス、施設等)		施設名 ( ) 状況: 施設名 ( ) 状況:					
看取り場所の希望 (複数選択可)		<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ホスピス・緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 本人と家族の希望が異なる( )					
<備考> 例:本人が楽しみにし ていること、人物像、 大切にしていること、 生活上の注意点など		<input type="checkbox"/> 別紙参照					
発信元		〒 担当:					
TEL		FAX					