

診療情報提供書 聖ヶ丘病院ホスピス診療情報書

患者氏名 _____ 様 男性・女性 T・S・H 年 月 日生

診断名 _____

現病歴 (症状・検査・治療などご記入ください) (別紙添付でも結構です)

現在の状態

苦痛症状 痛み (部位 _____)
倦怠感 悪心、嘔吐 腹部膨満 咳嗽 呼吸困難 便秘
不眠 抑うつ その他 (_____)

意識レベル 清明 混乱 傾眠 昏睡

せん妄 なし あり

浮腫 なし あり

褥瘡 なし あり

PS 0: 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等に行動ができる。
1: 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽い労働や座業はできる。
2: 歩行、身の回りのことはできるが、時に少し介助がいる。軽い労働はできないが日中の50%以上は起居している。
3: 身の回りのことはある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。
4: 身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

経口摂取量 正常 やや減少 減少しているが数口よりは多い 数口以下 絶飲食

推測する生命予後

2週間以内 1ヶ月以内 1-3ヶ月 4-6ヶ月 6ヶ月以上 推測困難

処置内容: 中心静脈カテーテル 中心静脈留置ポート ステント (部位 _____)
人工肛門 気管切開 胃管 胃瘻 PTCD 導尿カテーテル (Fr.) 腎瘻
その他 (_____)

感染症 HBs-Ag HCV TPHA HIV MRSA その他 (_____)

家族構成 (図示)

(親、兄弟姉妹、配偶者、子供など (キーパーソンに○))

告知・予後 病名・病状・予後について本人および家族はどのように理解されていますか。

本人への説明 病名 }
病状 }

予後 説明していない
2週間以内 1ヶ月以内 1-3ヶ月
4-6ヶ月 6ヶ月以上 推測困難

家族への説明 病名 }
病状 }

予後 説明していない
2週間以内 1ヶ月以内 1-3ヶ月
4-6ヶ月 6ヶ月以上 推測困難

その他重要な項目があればご記入ください。

年 月 日

病医院名・郵便番号・住所・電話・FAX

科

主治医名