スクリーニングの手順

記載の有無※表紙①に反映されます

あり

病院名: 医療法人 藤井会 石切生喜病院

期間: 平成26年9月1日現在

スクリーニングの項目、対象、方法、タイミング、スクリーニングした結果の確認者、スクリーニング結果の活用方法 等についてご記載ください。 役職等に個人名が記載されていないことをご確認ください。

このシートに貼付することが難しい場合、ファイル名を別紙15とした電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無 あり (あり・なし) ファイル形式 (ワード、一太郎、リッチテキスト、エクセル、パワーポイント、PDF、その他) その他の場合ファイル形式を記載してください。

- 1・スクリーニングの項目:疼痛・倦怠感・嘔気/嘔吐・腹満感・気持ちの辛さ その他、患者が苦痛と感じること
- 2•対象:入院患者
- 3・方法・タイミング:入院時、症状緩和困難な際(主治医、病棟看護師の判断)
- 4・スクリーニング結果確認者:緩和ケアチームリーダー(医師)、サブリーダー(認定看護師)

- * 外来患者に対するスクリーニングの手順について
- 1・スクリーニングの項目:疼痛の程度、副作用
- 2・対象:外来がん性疼痛療法施行中の患者
- - ①外来リンクナースからがん性疼痛認定看護師への連絡
 - ②がん性疼痛認定看護師の疼痛外来(週1回)
- 4・スクリーニング結果確認者:緩和ケアチームリーダー(医師)、サブリーダー(認定看護師)

[スクリーニングシート運用方法]

外来・病棟看護師が患者を選択

スクリーニングシート記入

患者が記入・緩和ケアチーム看護師が間診を行い記入

緩和ケアチームで検討

介入方法検討

緩和ケアチームスクリーニングシート

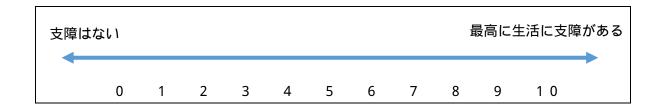
<からだの症状>

(あてはまる数字に	をし	して下さい)
-----------	----	--------

						•					_
症状	全くた ◆	£ίι								.上考え :どのつ	られない
痛み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
息苦しさ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
食欲低下	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
だるさ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
眠気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0
便秘・下痢	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0

気持ちの つらさ	つらさ	はない								最高	こつらい
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0

<症状や気持ちのつらさが生活に及ぼす影響>



*専門のチームへの相談を希望しますか? (はい ・ いいえ) からだの症状に対応する医師・看護師 経済的な相談や医療制度について対応する医療ソーシャルワーカー