

スクリーニングの手順

記載の有無
表紙に反映されます

あり

病院名: 医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

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 なし (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。

緩和ケアチームへの依頼方法

1. 直接依頼の方法

下記、担当者に直接連絡をしてください

- 1) 緩和担当医師 FRS: 4198 (木曜日)
- 2) 薬剤師緩和担当 FRS: 4621
- 3) がん専門看護師 化学療法室 内線: 7272
- 4) がん性疼痛看護認定看護師 FRS: 4633
- 5) 放射線療法看護認定看護師 FRS: 4915、または地下放射線療法室 内線: 3051

2. 緩和ケアチームへの依頼時に必要な情報

緊急で対応すべきことなのか、次回診日からの介入で良いのかを評価するために、下記の情報メールや口頭でお伝えください

- 1) 患者氏名
- 2) 患者 ID
- 3) 病歴
- 4) 現在の治療内容
- 5) 今回の相談内容

3. 原則、緩和ケアチームの介入は、主治医からの依頼で行う

薬剤師、看護師、その他の医療従事者が、緩和ケアチームの介入が必要であると評価した場合には、主治医に相談後に、介入の依頼をしてもらう

- 1) 疼痛コントロール
- 2) その他の症状コントロール
- 3) その他

4. オピオイドが導入されている患者は、「がん性疼痛指導管理料」算定もあり、必ず介入し、

毎週回診を行う

この場合は、疼痛評価や推奨プランをカルテ記録に提示

緊急対応が必要な時は、主治医に連絡して薬剤の変更をする場合がある

2014年7月1日 作成

1/1

スクリーニングの手順

記載の有無
表紙に反映されます **あり**

病院名: **医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院**
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 **なし** (あり・なし)
ファイル形式 **Word** (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。

STAS-J(入力画面)

The screenshot shows the STAS-J input interface. At the top, it displays the date '平成26年 7月25日 (2014/07/25)' and the patient name '岸和田 徳洲会病院'. Below this is a list of medical conditions with checkboxes, including '痛みのコントロール' (Pain control), '不安' (Anxiety), and '病状認識' (Disease recognition). The main area contains a table with screening criteria and response options.

| 1. 痛みのコントロール: 痛みが患者に及ぼす影響 | 2. 痛みの症状コントロール: 痛み以外の症状が患者に及ぼす影響 |
|--|--|
| C0: なし | C0: 三訂正 |
| C1: 時折、または定期的な単一の痛みのみで、患者が今以上の治療を必要としない痛みである。 | C1: 時折、または定期的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である。 |
| C2: 中程度の痛み、時に寝子の悪い日もある。痛みのため、病状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたす。 | C2: 中等度の症状、時に寝子の悪い日もある。病状からみると、可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある。 |
| C3: しばしばひどい痛みがある。痛みによって日常生活動作や仕事への集中力に著しく支障をきたす。 | C3: しばしば強い症状がある。症状によって日常生活動作や仕事への集中力に著しく支障をきたす。 |
| C4: 持続的な耐えられない強い痛み、他のことを考えることができない。 | C4: 持続的な耐えられない強い痛み、他のことを考えることができない。 |
| C 該当なし | C 該当なし |
| 3. 患者の不安: 不安が患者に及ぼす影響 | 4. 家族の不安: 不安が家族に及ぼす影響 |
| C0: なし | C0: なし |
| C1: 変化を気にしている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 | C1: 変化を気にしている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。 |
| C2: 今時の変化や問題に対して感じ始めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 | C2: 今時の変化や問題に対して感じ始めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の兆候が見られる。 |
| C3: しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。仕事への集中力に著しく支障をきたす。 | C3: しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその兆候が見られる。仕事への集中力に著しく支障をきたす。 |
| C4: 持続的に不安や心配に襲われていく。他のことを考えることができない。 | C4: 持続的に不安や心配に襲われていく。他のことを考えることができない。 |
| C 該当なし | C 該当なし |
| 5. 患者の病状認識: 患者自身の予後に対する理解 | 6. 家族の病状認識: 家族の予後に対する理解 |
| C0: 予後について十分に理解している。 | C0: 予後について十分に理解している。 |
| C1: 予後を含め長く、または長く見聞している。例えば、2~3ヶ月であろう予後をおもひ月と考えている。 | C1: 予後を含め長く、または長く見聞している。例えば、2~3ヶ月であろう予後をおもひ月と考えている。 |
| C2: 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬかもしれないので、早く死なそうなるかもしれない」と思っている。 | C2: 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬかもしれないので、早く死なそうなるかもしれない」と思っている。 |
| C3: 非常に楽観的に思っている。例えば、予後が1ヶ月以内、1年以内には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。 | C3: 非常に楽観的に思っている。例えば、予後が1ヶ月以内、1年以内には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。 |
| C4: 完全に回復すると期待している。 | C4: 患者が完全に回復することを期待している。 |
| C 該当なし | C 該当なし |

スクリーニングの手順

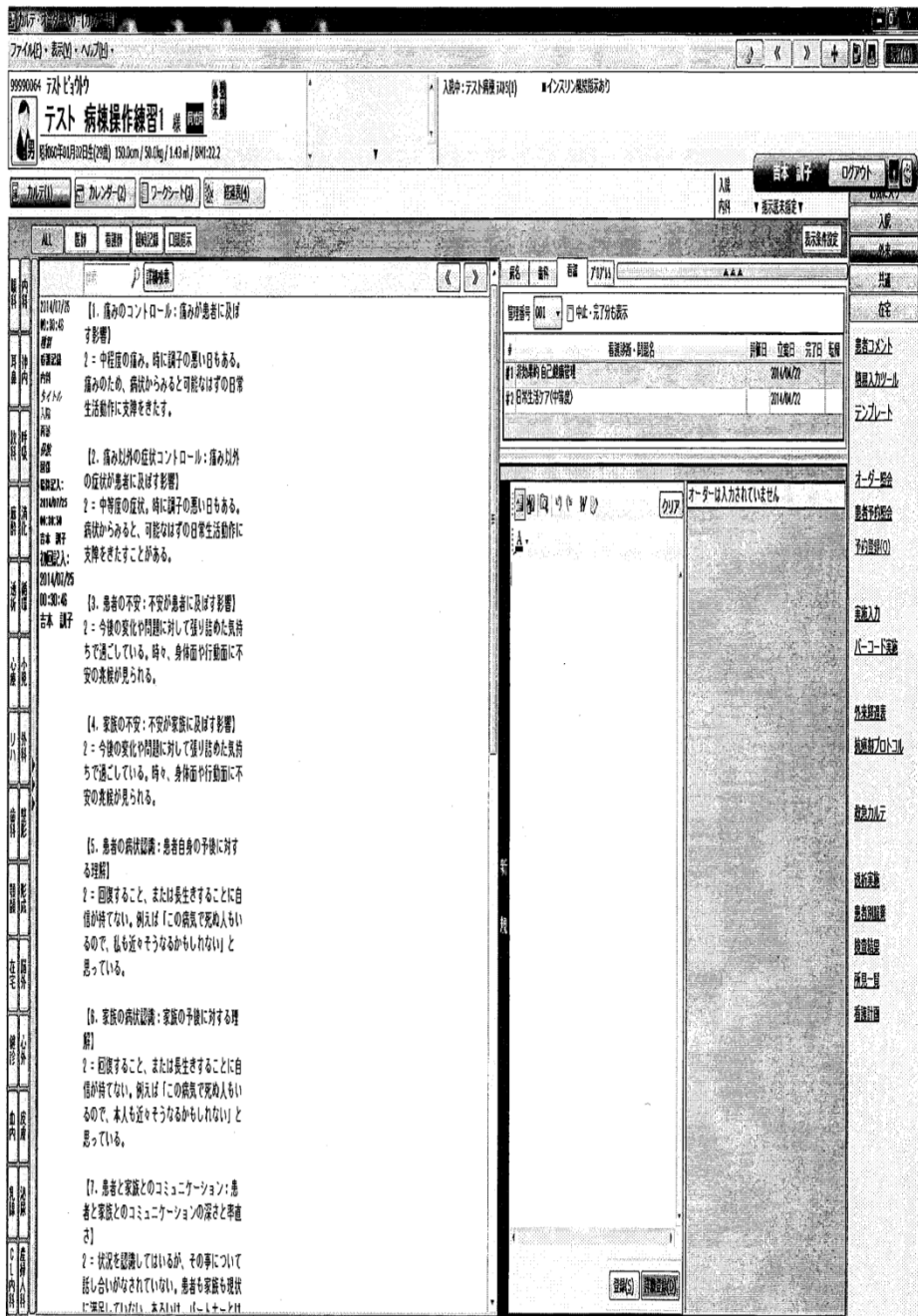
記載の有無
表紙 に反映されます あり

病院名: 医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院
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
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 なし (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。

STAS-J(表示画面)



スクリーニングの手順

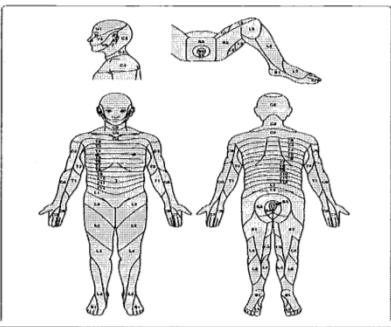

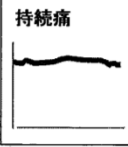
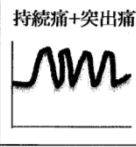
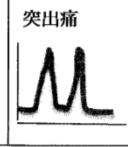
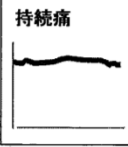
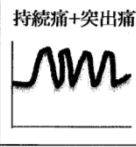
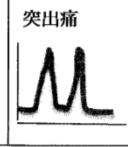
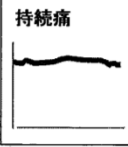
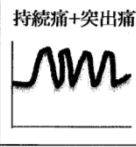
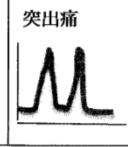
記載の有無 あり
 ※表紙(↑)に反映されます

病院名: 医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院
 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
 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 なし (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。

疼痛評価シート

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ★ 疼痛評価シート ★ | | 記載日: 2015年 月 日 | 評価者: _____ | No. _____ | | | |
| 患者名: _____ | 歳 _____ | ID: _____ | 診断名: _____ | 主治医: _____ | | | |
| 1. 痛みの部位: どこが痛みますか  | | 2. 痛みの経過: いつから痛みますか | | | | | |
| 4. 痛みの強さ: 疼痛管理スコアシートでこの24時間で一番強い痛みは <input type="checkbox"/> フェイススケール値 (/10) <small>Wong-Baker FACES Pain Rating Scale</small>  <input type="checkbox"/> NRS(Numerical Rating Scale)値(/10) | | 3. 痛みの性状: どんな風に痛みますか <input type="checkbox"/> ズーンとした鈍い痛み <input type="checkbox"/> ズキッとしたはっきりした鋭い痛み <input type="checkbox"/> ビリビリした電気が走る <input type="checkbox"/> しびれるような感じ <input type="checkbox"/> その他の表現 (_____) | | | | | |
| 5. 痛みのパターン <input type="checkbox"/> 1日中ずっと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛くなる <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>持続痛 </td> <td>持続痛+突出痛 </td> <td>突出痛 </td> </tr> </table> | | 持続痛  | 持続痛+突出痛  | 突出痛  | 6. 増強因子: 痛みはどんな時に痛くなるのか 7. 軽減因子: 痛みはどうすれば軽くなるのか | | |
| 持続痛  | 持続痛+突出痛  | 突出痛  | | | | | |
| 8. 痛みによる生活への影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 今までできていた活動(歩行・座れない・横になれない・入浴できない)に制限がある <input type="checkbox"/> 食欲減退 <input type="checkbox"/> 集中力の低下 <input type="checkbox"/> 夜間眠れない <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | | | | |
| 痛みの治療計画 医療用麻薬告知 (済・未) 経口摂取 (可・不可) ルート (あり・なし) | | | | | | | |
| 現在の薬物療法 目標: _____ | | 今後の薬物療法 (変更時は内容を記入) | | | | | |
| ベース薬剤⇒ _____ | | 維持・変更 (_____) | | | | | |
| レスキュー薬剤⇒ _____ 回数() | | 維持・変更 (_____) | | | | | |
| 副作用対策: 緩下剤⇒ _____ | | 維持・変更 (_____) | | | | | |
| 制吐剤⇒ _____ | | 維持・変更 (_____) | | | | | |
| その他⇒ _____ | | 維持・変更 (_____) | | | | | |