

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: 医療法人宝生会 PL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。

各部署からの依頼

依頼者・・・主治医・看護師

- ・「緩和ケアサポートチーム依頼書」(電子カルテ内)を入力。
- ・緩和ケアサポートチーム(地域医療連携室 担当MSW)へ連絡。
- ・看護師は「緩和ケア情報シートならびに実施計画書」を記入。

緩和ケアサポートチーム依頼書

サポート希望日	
申込日	

患者情報			
患者ID	生年月日	()	
患者名	担当医		
	受持看護師		
入院日	病棟	診療科	
主病名			

緩和ケアサポートチーム依頼	
◆ 依頼目的	<input type="checkbox"/> 症状緩和 <input type="checkbox"/> 転科・転棟 <input type="checkbox"/> その他:
◆ 依頼の時期	<input type="checkbox"/> 診断から初期治療前 <input type="checkbox"/> がん治療中 <input type="checkbox"/> 積極的がん治療終了後
◆ 告知・遠隔転移部位	<input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 遠隔転移部位:
◆ コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり → <input type="checkbox"/> 表出 <input type="checkbox"/> 理解 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚
◆ 身体的問題	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 嘔気嘔吐 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 腹満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒感 <input type="checkbox"/> 吃逆 <input type="checkbox"/> 出血・悪臭のある浮腫 <input type="checkbox"/> その他:
◆ Performance Status (PS)	
◆ 心理的問題	<input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 焦燥感 <input type="checkbox"/> 悲嘆反応 <input type="checkbox"/> 受容困難 <input type="checkbox"/> 告知後の動揺 <input type="checkbox"/> その他:
◆ 社会的問題	<input type="checkbox"/> 対人関係の葛藤 <input type="checkbox"/> 役割喪失 <input type="checkbox"/> 経済的負担 <input type="checkbox"/> 病棟内での問題行動 <input type="checkbox"/> その他
◆ サポート対象	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> スタッフ

依頼補足情報(手術歴、化学療法歴、病歴、服薬内容等)