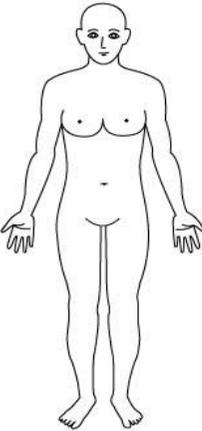


患者・家族情報

患者ID ()

患者情報	現在がんの部位 痛み・しびれの部位	代理症状評価尺度(STAS-J)				退院時医療器具				家族構成					
		疼痛	0	1	2	3	4	下痢	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 気管チューブ <input type="checkbox"/> 胃瘻・経鼻・経腸 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> その他() 診材物品の型・品番など	キーパーソン() 続柄()
		しびれ	0	1	2	3	4	尿閉	0	1	2	3	4		
	全身倦怠感	0	1	2	3	4	失禁	0	1	2	3	4			
	呼吸困難	0	1	2	3	4	発熱	0	1	2	3	4			
	せき	0	1	2	3	4	眠気	0	1	2	3	4			
	たん	0	1	2	3	4	不眠	0	1	2	3	4			
	嘔気	0	1	2	3	4	抑うつ	0	1	2	3	4			
	嘔吐	0	1	2	3	4	不安	0	1	2	3	4			
	口渇	0	1	2	3	4	せん妄	0	1	2	3	4			
腹満	0	1	2	3	4	浮腫	0	1	2	3	4				
食欲不振	0	1	2	3	4	その他	0	1	2	3	4				
便秘	0	1	2	3	4										
	PS(performance status)	0 1 2 3 4				経済状況		医療保険		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 高齢(1割・2割) <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度障害 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()					
栄養管理	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう・経腸 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV・ポート <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				年金			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
内服状況	<input type="checkbox"/> 経口(錠剤、散剤) <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				介護保険			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5							
今後起こりうる症状	<input type="checkbox"/> イレウス <input type="checkbox"/> 腹水貯留 <input type="checkbox"/> 吐血・喀血・下血 <input type="checkbox"/> 胸水貯留 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 肝不全 <input type="checkbox"/> 体表のがんの自壊・出血 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難・食道狭窄 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 麻痺() <input type="checkbox"/> 上大静脈症候群 <input type="checkbox"/> その他()				身体障害者手帳			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 身体()種()級 精神()級 療育							
今後の見通し	<input type="checkbox"/> 年単位 <input type="checkbox"/> 3~6ヵ月単位 <input type="checkbox"/> 1~2ヵ月単位 <input type="checkbox"/> 週単位				住宅形態			<input type="checkbox"/> 一戸建(平屋、2階建) <input type="checkbox"/> 集合住宅()階 エレベーター 有・無 <input type="checkbox"/> 賃貸							
患者へ病状説明・受け止め					家族へ病状説明・受け止め										
患者の希望、大切にしたいこと					家族の希望、大切にしたいこと										
病名、病状、予後についての説明への希望				病状が悪化したときの希望の療養場所											
<input type="checkbox"/> 具体的に全て教えてほしい <input type="checkbox"/> 良くない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 家族にだけ話してほしい <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 訪問診療を続けてもらい最期まで自宅で過ごしたい <input type="checkbox"/> 入院したい <input type="checkbox"/> なるべく在宅で過ごしたいが、必要なら入院したい <input type="checkbox"/> その他()											