

緩和ケアチーム 相談シート

魚沼基幹病院

緩和ケア室 行き

FAX : 0 2 5 - 7 8 8 - 1 8 7 6

依頼日

年 月 日

ご相談者名・連絡先	
ご相談者名	
職種	
所属機関名	
連絡先	電話/FAX メール

回答の緊急度	
<input type="checkbox"/>	2～3日以内
<input type="checkbox"/>	1週間以内
<input type="checkbox"/>	2週間以内

※必ずしもご希望どおりに回答できないことがあります。

相談内容

身体症状 精神症状 心理社会的問題 その他

患者情報

年齢 歳 認知症 腎障害
性別 男 女 糖尿病 肝障害
病名 その他

現在の治療

積極的抗がん治療中
緩和ケア
その他

以下、全てご記入いただかなくても結構です

全身状態

PS(0~4)

腹水 あり なし

胸水 あり なし

経口 可 不可

症状

しびれ あり なし

呼吸困難 あり なし

嘔気・嘔吐 あり なし

疼痛 あり なし

せん妄 あり なし

不眠 あり なし

不安 あり なし

栄養

経口摂取

点滴

ベース

レスキュー

経管栄養

使用している鎮痛薬

その他特記事項

--