

# 自宅で療養される方のための連携シート

提供先: ○○○居宅介護支援事業所

発行元: ○○○病院

担当者: ○○ ○○○様

担当者: ○○ ○○○

患者氏名	和歌山 太郎	男	生年月日	昭和10年1月1日 ( 88 ) 歳
疾患名	肺がん			

【医師記載欄】 記入者: ○○ ○○○ 記入日: ○年○月○日

	医師 → 本人	医師 → 家族
誰に説明したか		氏名: 和歌山 一郎 続柄: 長男
病気の告知	<input checked="" type="checkbox"/> 有 肺がんであることを説明。 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 妻と長男に対して肺がんであることを説明。 <input type="checkbox"/> 無
病態や今後起こりうる症状の説明	<input checked="" type="checkbox"/> 有 呼吸困難感や浮腫増強、食欲不振の可能性あり <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 左記と同じ <input type="checkbox"/> 無
生命予後の告知	<input type="checkbox"/> 有 「本人に伝えると気を落してしまうと思うので、伝えないでほしい。」との家族の希望により伝えられていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 生命予後3か月程度と説明。 <input type="checkbox"/> 無
今後の治療方針	<input checked="" type="checkbox"/> 有 症状の緩和、軽減のための対処療法 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 延命治療せず、麻薬による疼痛緩和 <input type="checkbox"/> 無

記入者(職種): ○○ ○○○(緩和ケア認定看護師) 、 ○○ ○○○(社会福祉士)

所属: ○階病棟 、 地域医療連携室 記入日: ○年○月○日

現在の症状	<input type="checkbox"/> 腹水 <input checked="" type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input checked="" type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他 ( )
症状に対する処置方法(頻度・実施場所等)	疼痛は内服にてコントロール(薬剤名)、便秘は内服にてコントロール(薬剤名) ○リットル酸素吸入中

	本人の思い	家族の思い
病気の受け止め方	「仕方ない」と受け入れている。「歳やし病気になるのは仕方ない。退院できることになって嬉しい。」	退院に向けて妻と長男は喀痰吸引の手技を練習中。「できることはさせてもらいたい」と前向きな姿勢。
看取りの希望(場所、思いなど)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> どちらとも言えない 予後の説明をしていないため未確認。病院嫌いではある。	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> どちらとも言えない 妻は自宅を希望。長男は妻が軽度認知症であるため病院での看取りを望んでいる。
生活の意向(希望する支援など)	医療面 治ってほしい。しんどいのはいや。延命治療は望まない。	延命治療は望まない。苦しんでいる姿を見たくない。 麻薬による疼痛緩和について、妻は希望せず、長男は希望。 妻「急変時どうしたらいいのか不安」
	生活面 毎日晩酌したい。もともと農家であったため外が好きで、風や日光にあたりたい。	本人が望んでいることをさせてあげたい。 孫に会わせたい。
その他		夫婦二人暮らし。大阪に住む長女は毎週末帰省し支援できる。

次回受診	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	○年○月○日
本人又は家族の同意	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	○年○月○日