

# 自宅で療養される方のための連携シート

提供先:

発行元:



担当者:

担当者:

|      |  |   |      |      |
|------|--|---|------|------|
| 患者氏名 |  | 男 | 生年月日 | ( )歳 |
| 疾患名  |  |   |      |      |

【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:  | 続柄: |
| 病気の告知           | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |     |
| 病態や今後起こりうる症状の説明 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |     |
| 生命予後の告知         | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |     |
| 今後の治療方針         | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |     |

記入者(職種):

所属:

記入日: 年 月 日

|                      |   |   |  |   |
|----------------------|---|---|--|---|
| 現在の症状                | <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 不眠<br><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) |   |   |  |   |
|                      | 本人の思い   |   | 家族の思い  |   |
| 病気の受け止め方             |   |   |  |   |
| 看取りの希望(場所、思いなど)      | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない  |   | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない |   |
| 生活の意向(希望する支援など)      | 医療面   |   |  |   |
|                      | 生活面   |   |  |   |
| その他                  |   |   |  |   |
| 次回受診                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   | 年 | 月  | 日 |
| 本人又は家族の同意            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   | 年 | 月  | 日 |