

春日部市立病院 緩和ケア コンサルテーション依頼（地域連携）

今日の日付： 年 月 日

依頼者名 様 医療機関名

所在地

TEL

FAX

患者の症状

年齢 才 男・女 病名

転移

腎機能低下： 有 無 疑

糖尿病： 有 無 疑

消化性潰瘍の既往： 有 無

肝機能低下： 有 無 疑

その他の既往：

PS

相談したい内容

以下の質問で□欄の該当するすべてに☑印をつけ、程度をご記入下さい。

つらい症状はなんですか？ また、現在その症状の程度はどれくらいつらいですか？

<input type="checkbox"/> 痛み	なし / 軽 / 中 / 重
<input type="checkbox"/> 便秘	なし / 軽 / 中 / 重
<input type="checkbox"/> だるさ(疲れやすさ)	なし / 軽 / 中 / 重
<input type="checkbox"/> 食欲不振	なし / 軽 / 中 / 重
<input type="checkbox"/> 不眠(眠れない)	なし / 軽 / 中 / 重
<input type="checkbox"/> 気持ちのつらさ	なし / 軽 / 中 / 重

その他 はきけがある 眠気(もうろうとした感じ) 息苦しさ(息切れ) おなかがる
 しびれる 不安が強い 気分が落ち込む(ゆううつ) 気力がない
 むくみがある ひとりでは動けない 咳がでる 熱がある 味がわからない
 その他()
 便通:排便回数 週に()回(かたい 普通 やわらかい)

※ 痛みについてのご相談の場合には、アセスメントシートも送信ください