

## 山梨厚生病院緩和ケア地域連携パスについて

当緩和ケア地域連携パスは、山梨厚生病院の緩和ケア外来に受診している患者様が地域のかかりつけ医、訪問看護ステーション、介護施設、他の病院などの医療機関を利用するに当たり、患者様ご本人、ご家族およびそれぞれのスタッフとが連携して情報を共有するためのものです。

開始時の基本的情報およびその後の病状の経過、治療、今後の希望、診療計画などを記録することにより、ご本人、ご家族の希望をできるだけ実現できるようにすることが目標です。軽微なことでも出来るだけ記載するようにしてください。

山梨厚生病院 緩和ケア地域連携パス

フリガナ				ID No	性別	生年月日	年齢	
氏名	様				男・女			
身長	cm	体重	kg	血液型	不明・A・B・AB・O		Rh因子	Rh(+・-)
感染症: 無・有 ( )				アレルギー: 無・有 ( )				
住所							電話番号	
家族構成				緊急連絡先①	氏名	続柄	携帯	
				緊急連絡先②	氏名	続柄	携帯	
				キーパーソン	氏名	続柄	携帯	
				主介護者	氏名	続柄		
				主介護者の健康状態		良・不良 ( )		
家族に関するコメント:								
介護保険情報		認定済・未申請・区分変更中・新規申請中・非該当			介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
		認定日	平成 年 月 日		有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
その他の障害認定(身体障害者手帳、特定疾患など)								

**現在の病状** 平成 年 月 日

医療機関名: 山梨厚生病院	所属科:	主治医氏名:
	緩和ケア看護師氏名:	

主病名	主たる苦痛症状と原因病巣;		その他転移巣など;	
既往歴				
現病歴 治療歴				
手術1	手術日	年 月 日	術式	
手術2	手術日	年 月 日	術式	
輸液	無 有	輸液内容;		
CVポート・CVルート	無 有	部位;		
PEG・経鼻チューブ	無 有	( )		
ストマ	無 有			
尿バルーン・腎ろう	無 有	サイズ;	Fr	最終交換日; 年 月 日
在宅酸素療法	不要 要	( L)		
気管カニューレ	無 有	製品名;	サイズ;	最終交換日 年 月 日
インスリン注射	不要 要	(薬剤名・投与量)		
褥瘡	無 有	(部位	処置内容)	
処置コメント;				
認知症	無 有	軽度	中等度	重度
せん妄	無 有	軽度	中等度	重度
夜間睡眠	無 有	睡眠導入剤の使用	無 有	時々 常用 薬品名;
認知・精神症状のコメント				

麻薬の使用	無 有	薬剤名; レスキュー薬名; レスキューの1日回数;	1日量 1回量 0 ~ 2回 3 ~ 6回 7回以上	mg mg
薬剤情報書	無 有	(薬剤情報提供書やおくすり手帳などを参照してください)		
薬剤についてのコメント				
服薬管理	自己管理できる			
	家族が管理する			
	不安がある(頻回に医療者のチェックが必要)			

食事摂取	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	禁食	食事内容:	一般食	特別食	経管栄養	
	形態	主食	常食	粥	ミキサー	なし	Kcal g				
		副食	普通	ソフト食	刻み	ペースト	なし	禁止食品			
	とろみ	無	有				経管栄養剤名; 量;				
排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	おむつ	カテーテル	最終排便日 月 日 便の性状;			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	おむつ		排便状況;	排便管理	不要	要
	失禁	無	有				便秘薬使用状況;				
入浴	洗身	自立	見守り	一部介助	全介助	行っていない		入浴の制限: 無 有			
	方法	一般浴	シャワー浴	機械浴	清拭						
移動	歩行	自立	見守り	一部介助	全介助		運動制限: 無 有 (				
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助						
	方法	独歩	杖	老人車	歩行器	車いす	その他 (				
口腔清潔	自立	見守り	一部介助	全介助		義歯 無 有 (					

本人への説明内容												
本人の認識	病状を理解し予後まで理解している											
	原発と転移部位は知っているが予後は理解していない											
	病名(がんであること)は知っている											
	未告知あるいは理解できない状態											
	未確認											
本人の意思	もっと説明を聞きたい			聞きたくない			わからない			その他 (		
	病院に入院したい			介護施設に入りたい			在宅療養をしたい			わからない 未確認		
家族への説明内容	誰に											
家族の認識	病状を理解し予後まで理解している				理解が不十分な面がある				未確認			
家族の意思	もっと説明を聞きたい			聞きたくない			わからない			その他 ( 未確認		
	本人に説明してほしい			本人には聞かせたくない			わからない			その他 ( 未確認		
	病院に入院させたい			介護施設に入りたい			在宅療養をしたい			その他 ( 未確認		

その他療養上の留意事項										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

情報提供医療機関名	山梨厚生病院	所属科		主治医氏名	
電話番号	0553-23-1311	緩和ケア看護師氏名			

山梨厚生病院 緩和ケア地域連携パス（患者様・ご家族 経過記録）

記載年月日 記載者	症状の変化などについて	なにか対処しましたか	今後のご希望など何でも記載してください
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			
年 月 日			
ご本人 ご家族			

山梨厚生病院 緩和ケア地域連携パス（経過記録 医療機関用）

記載年月日 記載者名・施設名	Subject (S)	Object (O)	Assessment (A)	Plan (P)
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				