

緩和ケア病棟入院申込書（院外患者用）

入院受け入れをできるだけスムーズにさせていただくために、情報提供のご協力をお願いします。わかる範囲で結構です。

・記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・記載者氏名（職種） _____

1. 患者氏名 _____ 2. 年齢 _____ 歳

3. 緩和ケア病棟利用目的（複数選択可）

- ☐ 疾患による苦痛な症状のコントロール ☐ 家族の介護負担の軽減
☐ 退院までの調整の場 ☐ その他 _____
☐ 看取りのケア

4. 緩和ケア病棟を最初に、あるいは最も希望した人（一つ選択） ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 医療者

5. 本人への病状説明内容（一つ選択）※認知症など理解不能な場合を除き、がんの告知は入院必須条件としています。

- ☐ 原疾患について説明済
☐ 治らない状態であることを説明済
☐ 予後まで説明済
☐ 告知未 理由 _____

6. 本人の理解度（一つ選択。理解度を確認できていた最終の状況で結構です）

- ☐ 病状・予後を理解している
☐ 病状を理解しているが、予後は十分理解できていない
☐ 病状を理解しているが、回復困難な状態だとは思っていない
☐ 病状について理解が不十分
☐ 認知症、状態不良などで理解不能

7. 現在の主症状（複数選択可）

- ☐ 疼痛 ☐ 全身倦怠感 ☐ 呼吸困難 ☐ 食欲不振 ☐ 悪心・嘔吐 ☐ 咳 ☐ 浮腫 ☐ 掻痒 ☐ 不眠
☐ 腹部膨満感 ☐ その他 _____

8. 現在の PS（一つ選択）

- ☐ 0（無症状で社会生活ができ、制限受けることなく、発病前と同等にふるまえる）
☐ 1（軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行・軽労働や坐業はできる）
☐ 2（歩行や身の回りの事はできるが時には介助がいることがある。日中 50%以上は起居している）
☐ 3（身の回りのある程度のことはできるがしばしば介助がいり、日中の 50%以上は就床している）
☐ 4（身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている）

9. 今後予測される合併症 _____

10. 予測される余命（一つ選択。3ヶ月以上見込まれる場合は、対象外とさせていただきます。）

- ☐ 半月以内 ☐ 半月～1ヶ月 ☐ 1～2ヶ月 ☐ 2～3ヶ月

※申し込み時点で、予後2週間以内と見込まれる場合は対象外とさせていただきます。

理由：転院搬送など移動による急変のリスクが高いため。環境適応が不十分なまま看取りを迎えることが予想されるため。

11. ACP 実施の有無（今後の治療や療養の場の選択、看取りの場の希望などについて）

- ☐ 実施している ☐ 実施していない

12. 延命処置（臨死期の昇圧剤や蘇生術）をしない方針についての共通認識

- ☐ 患者・家族・主治医とも納得している ☐ まだ話し合っていない ☐ 延命処置を予定している

13. 高額な治療継続の予定（主治医の判断をお書きください）

- 血液製剤 ☐ 無 ☐ 有 内容と頻度 _____
抗がん剤 ☐ 無 ☐ 有 内容と頻度 _____
放射線治療 ☐ 無 ☐ 有 内容と頻度 _____
透析 ☐ 継続 ☐ 中止 ☐ 非導入（一つ選択）

14. 特記事項（注意すべき社会背景など） _____

2006/8 作成 緩和ケア病棟運営委員会

2016/5 改訂・承認 緩和ケア病棟運営委員会

2024/12 改訂・承認 緩和ケア病棟運営委員会

2026/8 改訂・承認 緩和ケア病棟運営委員会