



お身体の状態について記載してください。わかる範囲で構いません。

## 栄養について

身長： cm 体重： kg  
 食事動作： 食事動作はすべて行える  時々援助が必要  すべて援助が必要  
 食事内容： 常食  きざみ  軟菜  パースト  とろみ  
 経管栄養（種類、量：）  
 嚥下障害： 有  無 義歯： 上  下  部分  
 その他：

## 排泄について

排便回数： 回/日  
 便の状態： 普通  軟らかい  下痢  硬い  失禁  
 便秘に対する薬剤の使用： 無  有（薬剤名：）  
 尿の回数： 回/日 夜間  回/日  
 尿の状態： 尿が残っている気がする  排尿時に痛みがある  
 排泄状況： トイレ  車椅子トイレ  ポータブルトイレ  オムツ  ストーマ  腎瘻  膀胱瘻  
 その他：

## 活動について

移動方法： 歩行  杖  車椅子  リクライニング車椅子  ストレッチャー  
 入浴・更衣： 自分で行う  時々援助が必要  すべて援助が必要  
 ペースメーカー： 無  有  
 その他：

## 睡眠について

睡眠は十分にとれていますか： いいえ  はい 起床時間： 時頃 就寝時間： 時頃  
 眠れない時の、薬剤の使用： 無  有（薬剤名：）  
 その他：

## お気持ちについて

現在、悩みや不安を感じていますか  いいえ  はい  
 はいと答えた方は、どんな事に悩みや不安を感じていますか  
  
 悩みや不安を話すことのできる相手はいますか  いいえ  はい それは誰ですか（）  
 その他：



以下の質問項目についてそれぞれ記載してください。

ご本人の性格などについて教えてください

性格 ( ) 大切にしている事 ( )  
趣味、特技 ( ) 職業 ( )  
信仰宗教 ( )  
臓器提供に関する意思表示はしていますか。  いいえ  はい  
その他、スタッフに知ってほしい事：

生活の場所の希望はありますか

本人：  緩和ケア病棟で過ごしたい  自宅で過ごしたい  施設などで過ごしたい  
家族：  緩和ケア病棟で過ごしてほしい  自宅で過ごしてほしい  施設などで過ごしてほしい  
その他：

外出や外泊について教えてください

症状が落ち着いていれば外泊・外出をしたい  外出・外泊時、家族も協力できる  
その他：

緩和ケア病棟にどのようなことを希望しますか

記載して頂き、ありがとうございました。以上の内容を、医療者間での情報共有に使用させていただきます。  
不明な点などございましたら、遠慮なくスタッフへ声を掛けてください。

医療者記載欄：