

# ホスピス相談調査票

患者氏名 \_\_\_\_\_ 歳 男・女 PS \_\_\_\_\_

疾患名 \_\_\_\_\_ 癌 診断日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

初診時病期 T\_N\_M\_ (\_\_\_\_期) M の部位 肺・肝・脳・骨・その他 (\_\_\_\_\_)

現在の病期 r T\_N\_M\_ (\_\_\_\_期) M の部位 肺・肝・脳・骨・その他 (\_\_\_\_\_)

治療歴 (簡単な内容と時期、無治療の場合はその理由をご教示ください。)

無治療 理由: \_\_\_\_\_

手術 \_\_\_\_\_

抗癌剤 \_\_\_\_\_

放射線治療 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

現在の症状 (特に緩和すべき症状)

[ \_\_\_\_\_ ]

現在の処方内容

[ \_\_\_\_\_ ]

現在の栄養経路 経口 (\_\_\_\_割程度)・末梢補液・高カロリー輸液・その他 (\_\_\_\_\_)

合併症 \_\_\_\_\_

見込まれる予後 \_\_\_\_\_

本人の病識 良好・不良・未告知 (\_\_\_\_頃までに告知予定)

備考 [ \_\_\_\_\_ ]

記入者 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_