

緩和ケアチーム 登録シート

【PCTに依頼があったから、4週間以内に対応したことに記す】

【チームの最終関与から6か月以上間があく場合は、新たに1枚として起こす】

	PCTが行ったケアにレ点をつける			
	実践	コンサル ション	調整	その他
身体 / 薬剤の問題				
精神 / スピリチュアルな問題				
がんの診断・治療に関する問題				
社会的な問題				
家族の問題				
療養場所に関する問題				
倫理				
遺族				
その他				

依頼日： 20 年 月 日
 入院日（入院患者のみ）： 20 年 月 日

患者氏名：

ID：

年齢：（ ）歳 性別： 男性 女性

依頼者： 病院医師（ 自院・ 他院） 病院看護師（ 自院・ 他院）
 診療所医師 訪問看護師 その他（ ）

原発部位： 1. 眼・脳・神経 2. 頭頸部 3. 食道がん 4. 胃がん 5. 大腸がん
 6. 肝臓がん 7. すい臓がん 8. 肺がん 9. 乳がん 10. 子宮・卵巣がん
 11. 前立腺がん 12. 腎・膀胱がん 13. 甲状腺がん 14. リンパ・血液
 15. 骨 16. 皮膚がん 17. 中皮腫・軟部腫瘍 18. 原発不明がん
 19. その他（ ） 20. 精査中 21. 不明

PS(ECOG)： 0 1 2 3 4

がん治療の状況： 精査・診断・経過観察中（治療が予定されている）
 抗がん治療が行われている（手術、化学療法、放射線療法）
 抗がん治療を今後行わない予定

依頼時療養場所： 病院（ 自院・ 他院） 自宅 介護施設
 その他（ ）

終診日： 20 年 月 日

終診理由： 問題の改善
 改善ではない問題の消失
 死亡
 転院・退院等による継続困難
 その他（ ）



緩和ケアチーム 登録シート

【PCTが推奨して実施されたことには、PCTが直接行ったことには をつける】

薬剤		定期投与の開始	定期投与の増量	臨時指示の開始・増量	中止・減量
制吐剤	プリンペラン・ナウゼリンなどの消化管蠕動促進薬 上記以外				
向精神薬	静脈麻酔薬・鎮静薬				
	抗精神病薬				
	抗うつ薬				
	経口・経直腸抗不安剤 経口・経直腸睡眠薬				
非オピオイド系鎮痛薬	NSAIDs				
	アセトアミノフェン				
拮抗性/弱オピオイド	ベンタジン				
	ブプレノルフィン				
	コデイン				
強オピオイド	経口モルヒネ				
	経直腸モルヒネ				
	静脈・皮下モルヒネ				
	経口オキシコドン				
	静脈・皮下オキシコドン				
	経皮フェンタニール 静脈・皮下フェンタニール				

【詳細記入欄】

<input type="checkbox"/> ブチロフェノン	<input type="checkbox"/> フェノチアジン	<input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン剤	<input type="checkbox"/> 非定型抗精神病薬
<input type="checkbox"/> セロトニン拮抗薬			
<input type="checkbox"/> ロヒプノール/サイレース	<input type="checkbox"/> ドルミカム	<input type="checkbox"/> フェノバル・バルビツール	
<input type="checkbox"/> アタラックス	<input type="checkbox"/> ディプリバン		

	開始・増量・変更	中止	
鎮痛補助薬			<input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬 <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬 <input type="checkbox"/> NMDA拮抗薬 <input type="checkbox"/> その他
ステロイド			
ソマトスタチン			
抗潰瘍薬			<input type="checkbox"/> H2Blocker <input type="checkbox"/> PPI <input type="checkbox"/> サイトテック
下剤			
鎮痙薬(ブスコパン)			
ビスホスホネート			
抗分泌薬(ハイスコ、ブスコパン)			
その他の薬剤			
消化液ドレナージ			
輸液			

専門家への紹介・調整

<input type="checkbox"/> 精神科医	<input type="checkbox"/> 歯科・口腔衛生士	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟
<input type="checkbox"/> 心療内科医	<input type="checkbox"/> 腫瘍治療医	<input type="checkbox"/> 在宅医療機関
<input type="checkbox"/> 心理士	<input type="checkbox"/> 外科・整形外科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> ペインクリニック	<input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー
<input type="checkbox"/> 栄養チーム	<input type="checkbox"/> IVR	

医療処置・検査

<input type="checkbox"/> 胸・腹水ドレナージ	<input type="checkbox"/> 輸血	<input type="checkbox"/> 血液検査
<input type="checkbox"/> 神経ブロック	<input type="checkbox"/> 酸素	<input type="checkbox"/> 画像検査 (レントゲン)
<input type="checkbox"/> 装具の作成	<input type="checkbox"/> TENS、赤外線、 鍼灸	<input type="checkbox"/> 画像検査 (CT/MRI、シンチ)
<input type="checkbox"/> その他()		

薬剤変更の内容

オピオイドの変更		
変更経路にレ点をつける		
非オピオイド鎮痛薬の変更		
投与薬剤・投与量の変更なし	投与経路の変更(静脈 皮下など)	
	投与スケジュールの変更(分2 分3など)	
	錠形の変更(散 錠など)	

