

緩和ケア相談調査票

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 _____