

緩和ケア相談調査票（末期腎不全用）

患者氏名 _____ 歳 男・女 PS _____

腎不全の要因 _____ 診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

初診時病期 CKD 重症度分類 stage (_____)

現在の病期 CKD 重症度分類 stage (_____)

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。）

投薬歴 _____

透析 _____

手術 _____

治療中断中 理由： _____

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) ・ 補液 (_____) ・ その他 (_____)

アレルギー 無し ・ あり (_____)

合併症 _____

見込まれる予後 _____ ※腎臓内科など専門科からの判断をご記載ください

本人の病識 良好 ・ 不良 _____

備考 [_____]

記入者 _____ 病院 _____ 科 _____