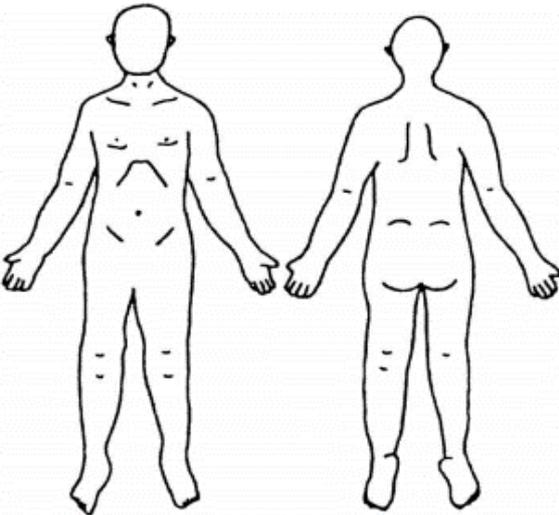
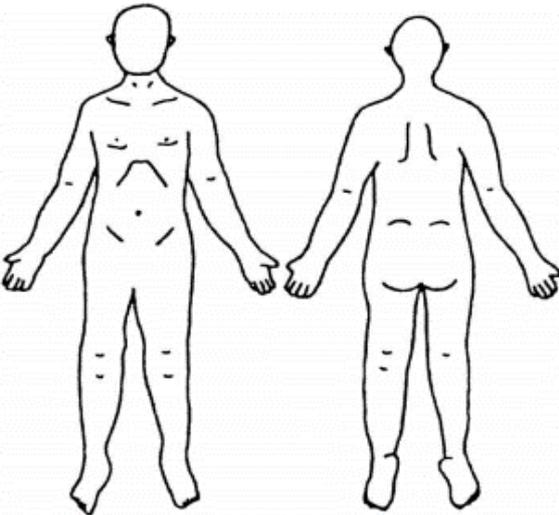
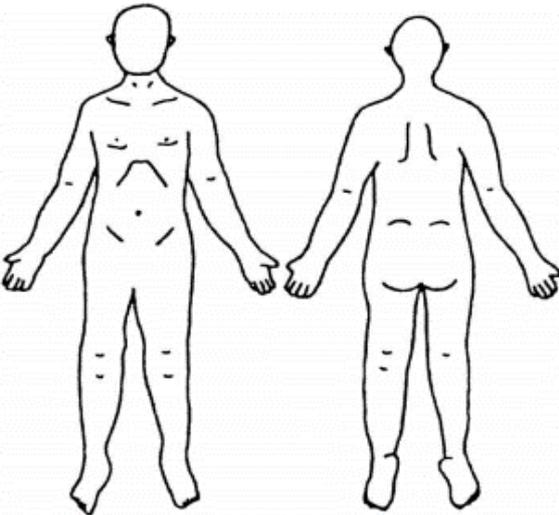


(別紙様式3)

### 緩和ケア実施計画書

氏名	(ふりがな)	年齢	ID																																												
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	歳																																													
主訴																																															
診断	1) _____ 5) _____																																														
	2) _____ 6) _____																																														
	3) _____ 7) _____																																														
	4) _____ 8) _____																																														
現病歴	年 月 日																																														
既往歴	年 月 日																																														
身体症状	<table border="0"><tr><td></td><td><b>【重症度】</b></td><td><b>【症状の性質、分布】</b></td><td></td></tr><tr><td>1. 痛み</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td rowspan="13"></td><td></td></tr><tr><td>2. 呼吸困難</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>3. 倦怠感</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>4. 発熱</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>5. 口渇</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>6. 咳・痰</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>7. 食欲不振</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>8. 嘔気・嘔吐</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>9. 腹部膨満感</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>10. 便秘</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>11. 尿閉、失禁</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>12. 浮腫</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</td><td></td></tr><tr><td>13. その他(具体的に)</td><td></td><td></td></tr></table>				<b>【重症度】</b>	<b>【症状の性質、分布】</b>		1. 痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			2. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		4. 発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		5. 口渇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		10. 便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		11. 尿閉、失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		12. 浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重		13. その他(具体的に)		
	<b>【重症度】</b>	<b>【症状の性質、分布】</b>																																													
1. 痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
2. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
4. 発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
5. 口渇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
10. 便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
11. 尿閉、失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
12. 浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重																																														
13. その他(具体的に)																																															
身体活動状態	全般 <input type="checkbox"/> 0. 問題なし <input type="checkbox"/> 1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能 <input type="checkbox"/> 2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> 3. しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 4. 常に介助が必要、終日臥床している																																														
	歩行 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可	排泄 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 要介助																																													
	食事 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可	入浴 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可																																													

