患者状況確認表

病院様記入用

患者氏名　　様（男性・女性）　年齢　　歳

生年月日　　年　　月　　日　作成者：　　職種：

1．緩和ケアが必要な症状に〇をつけてください（非がん性の症状は除く）

疼痛　倦怠感　呼吸困難　嘔気/嘔吐　食欲不振　腹部膨満　浮腫
不眠　不安　抑うつ　せん妄
その他（　　）

2．心身の状況について記入をお願いします

転倒回避器具の使用：無　・　有（　　）

安全帯（身体拘束具）の使用：無　・　有（　　）

褥瘡予防マットレスの使用：無　・　有（　　）

留置物：無　・　有（　　）

障害の有無：無　・　有（　上肢　/　下肢　　言語　　視力　　聴力　）

感染症：無　・　有（　　）

3．食事形態について記入をお願いします

□ 経口摂取（食種：　　）　□ 経管栄養（食種：　　）

4．希望病室に☑を記入してください

□　有料個室　　□　無料個室　　□　どちらでも良い

5．患者様ご本人への説明について記入をお願いします

病名・病状の説明　□　全て　　□一部（内容：　　）

DNAR同意　□済み（同意年月日：　　年　　月　　日）

＊認知症やせん妄等により、病名や病状、転院の理解が困難な状態であっても、患者様への説明を行っていることが条件となります。

6．ご家族様への説明について記入をお願い致します。

病名・病状の説明　□　全て　　□一部（内容：　　）

DNAR同意　□済み（同意年月日：　　年　　月　　日）

説明した方の続柄・お名前（　　）

5. PPI（Palliative Prognostic Index）の項目について点数をつけてください

項　目	状　態	点数
PPS	10～20% ※下記の表を参照してください	4
	30～50%	2.5
	60%以上	0
経口摂取量＊	著明に減少（数口以下）	2.5
	中等度減少（減少しているが数口より多い）	1
	正常	0
浮腫	あり（両側性、血管閉塞による片側性のものは除く）	1
	なし	0
安静時呼吸困難	あり	3.5
	なし	0
せん妄	あり（原因が薬物単独のものは含めない）	4
	なし	0

＊消化管閉塞のため、高カロリー輸液を施行している場合は0点とします。

※PPS（Palloative Prognostic Scale)の求め方

%	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100%起居している	正常の活動が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		正常の活動が可能 いくらかの症状がある			
80		いくらかの症状はあるが努力すれば正常の活動が可能			
70	ほとんど起居している	何らかの症状があり通常の仕事や業務が困難			
60		明らかな症状があり趣味や家事を行うことが困難	時に介助	正常または減少	清明または混乱
50	ほとんど座位か横たわっている	著明な症状がありどんな仕事もすることが困難	しばしば介助		
40	ほとんど臥床		ほとんど介助		清明または混乱または傾眠
30	常に臥床		全介助	減少	
20				数口以下	
10				マウスケアのみ	傾眠または昏睡

＊左から順に患者に最も当てはまるレベルを評価し、何%のレベルになるかを見る