

## 緩和ケア病棟申し込みをお考えのみなさま

### 緩和ケア病棟とは

緩和ケア病棟は、がんを治すための治療が難しいと判断されたりがんの治療を希望しない患者さんのための病棟です。症状緩和や療養環境の調整を行い、自宅や施設など生活をしている場所にすみやかに退院することを目標としており、長期療養のための病棟ではありません。

### 緩和ケア病棟の特徴

緩和ケア病棟には入院基準と利用の特徴があります。

- 患者さん・親族が共に、がんであること、がんを治す事が難しい事を説明されている。  
(現在治療中の方は、今後治療が難しくなることを医師から説明されている)
- がんの診断時に患者さんの意識がないまたは認知機能の低下で理解できない場合は、家族のどなたかを代理意思決定者とする。
- 認知症の場合でもその場の会話が可能であれば一度はがんであることをお伝えください。緩和ケア病棟では患者さんからの質問には可能な限り嘘なくお答えしています。
- 患者さん・親族が共に、緩和ケア病棟に申し込むことを希望している。
- 患者さん・親族が共に、以下のような緩和ケア病棟の特徴を理解している。
  - 抗がん剤などがんを治す治療は行いません。
  - 延命のための輸血、薬による血圧の維持、心臓マッサージ、人工呼吸は行いません。
  - 心拍などのモニター管理は行いません。

### 【緩和ケア病棟申し込み書類】

必要な資料下記①、②、③を準備していただき（①は患者・家族用）、医療・地域連携課宛に郵送してください。事前の電話連絡は不要ですが、資料の到着確認は平日日中となりますのであらかじめご了承ください。

①緩和ケア病棟申込書A-①、②（患者さん・親族記載用）

②緩和ケア病棟申込書B（医療者記載用）

\* 診療情報提供書に盛り込まれている場合は、✓していただくだけで結構です。

③診療情報提供書

- i) 画像情報（CD-R）
- ii) 血液検査情報（感染症情報含む）
- iii) 現在使用している薬剤情報

〒150-8935

東京都渋谷区広尾4-1-22

日本赤十字社医療センター がん相談支援センター

(代) TEL:03-3400-1311

## 緩和ケア病棟入院申込書A-① (患者・親族記載用)

緩和ケア病棟は、がんの治療が難しい方の入院施設です。最期の時間を過ごす場所でもあります。生活を妨げている症状等を改善し、再び自宅や施設などで生活してもらうことも役割の1つです。そのため、患者さん、親族の双方が利用する前に特徴を十分に理解することが大切とされています。以下の項目を読んで、了解いただければ✓をしてください。  
全ての項目に✓がないと登録に進むことができません。

<input type="checkbox"/>	患者さん・親族が共にがんであること、がんを治す事が難しいと説明されている。
<input type="checkbox"/>	患者さん・親族が共に緩和ケア病棟への入院を希望している。
<input type="checkbox"/>	抗がん剤などのがんを治す治療は行わないことを理解している。
<input type="checkbox"/>	延命治療（輸血、薬で血圧を維持する、心臓マッサージ、人工呼吸器）は行わないことを理解している。
<input type="checkbox"/>	1か月以上の長期療養のみの入院には対応していないことを理解している。 (1週間程度のレスパイト入院は可能)
<input type="checkbox"/>	症状が安定すれば自宅退院や転院を勧められる可能性があることを理解している。

### 患者署名欄

\* 患者さん自身が記載不能の場合は以下を記載してください。

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
記載欄 名 柄

<b>◆入院の希望について伺います。</b>
<input type="checkbox"/> すぐに入院・転院を希望 <input type="checkbox"/> 体調が悪くなった時に入院希望
<b>◆ベッドの希望について伺います。</b>
<input type="checkbox"/> 有料個室（35,200円）希望 <input type="checkbox"/> 有料個室から無料個室への移動希望 <input type="checkbox"/> 無料個室のみ希望
<small>* 有料から無料への移動期間は、ベッド状況で変わりますので入院時にお問合せください。 * 無料個室の入院期間は平均1か月ほどとなっております。ベッド状況が混みあう場合は有料差額への移動の相談をさせていただきますのであらかじめご了承ください。</small>
<b>◆現在の症状について伺います。</b>
・痛み    ・息苦しさ    ・吐き気    ・便秘    ・下痢    ・食欲がない    ・おなかの張り ・むくみ    ・口やのどの渇き    ・眠れない    ・不安    ・気分の落ち込み    ・咳 ・その他（                      ）
<b>◆緩和ケア病棟で希望することは何ですか？（ご自由にお書きください）</b>

## 緩和ケア科入院申込書A-② (患者・親族記載用)

◆カルテ作成に必要な情報を伺います。

日赤医療センターの診察カード番号（お持ちの方）【 _____ 】				
【保険証区分について】 <input type="checkbox"/> 3割負担 <input type="checkbox"/> 後期高齢1割負担 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
【申し込み時の治療状況】 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療中 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療終了 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
【申し込み時の療養状況】 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 在宅療養中（往診あり） <input type="checkbox"/> 在宅療養中（往診なし）				
ふりがな 患者氏名		生 年 月 日	年   月   日	男 ・ 女
（旧姓： _____ ）				
住所	〒 _____			
☎ 自宅	☎ 携帯			
キーパーソン	氏名	続柄	☎	日中つながる番号

\*親族やキーパーソンが不在の方はがん相談支援センターまでご相談ください。

◆同居している方を全てお書きください。

氏名		年齢		続柄	
氏名		年齢		続柄	
氏名		年齢		続柄	

氏名		年齢		続柄	
氏名		年齢		続柄	
氏名		年齢		続柄	

◆上記以外で連絡がとれる主な親族（子ども、兄弟姉妹など）をお書きください。

氏名		年齢		続柄		住所	(都道府県のみ)
氏名		年齢		続柄		住所	(都道府県のみ)
氏名		年齢		続柄		住所	(都道府県のみ)
氏名		年齢		続柄		住所	(都道府県のみ)

◆資料到着後看護師より連絡いたします。ご希望の連絡先に☎をつけてください

自宅     患者携帯     キーパーソン電話     その他（氏名 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ ）

◆判定会議の結果を上記住所以外に郵送ご希望方は下記に記載してください。

〒 \_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_ 氏名