

＜緩和ケア病棟をご紹介くださる医師の方へ＞

ご記入をお願いいたします

フリガナ

患者氏名 様 男・女 生年月日 年 月 日 才

1. 診療情報について

1) 診断

- ① 原疾患
- ② 病理診断
- ③ 確定診断日 年 月 日頃
- ④ 転移 () なし () あり：部位
- ⑤ 合併症：() なし
 () 診療情報提供書に記載
 () 糖尿病 肝硬変 慢性肝炎 腎障害 心機能低下 結核 慢性呼吸不全
 消化管潰瘍 精神疾患 脳・神経疾患 その他

2) 外科的治療について () なし

() あり 手術年月日(昭和・平成) 年 月 日

術式

3) 感染症はありますか？(データの添付をお願いします)

() なし () HB () HCV () STS () MRSA () その他

4) 精神症状はありますか？

() なし
 () あり：(不眠 不安 抑うつ状態 せん妄 認知症の周辺症状 その他)

2. 病名・病状の説明について

患者へ

いつ頃：

説明内容(具体的をお願いします)

() 説明していない

→理由

家族へ

いつ頃：

誰(本人との関係)に：

() 患者の説明と同内容 () 病名のみ () 転移・再発も含めて () 予後も含めて
 説明内容

3. 臨床的予後予測

- () 1年以上 () 6ヶ月以上 () 4、5ヶ月程度 () 2、3ヶ月程度 () 1ヶ月程度
- () 週単位 () 日にち単位 () その他

記載日 年 月 日

医療機関名

診療科

医師名