

緩和ケア相談情報提供書(医師記載用)

 入棟希望

 訪問診療希望

 外来希望

西暦

年

月

日

ふりがな						生年月日				
患者氏名	様 M・F					T・S・H	年	月	日(歳)	
患者住所	(〒 —)					TEL 自宅	(—	—)
						携帯	(—	—)
診断名		診断日		転移部位		診断日				
手術	手術日				術式					
感染症	HBs() HCV() TPHA() MRSA()									
現病歴 治療経過 使用薬剤	※ 別紙貼付でもかまいません									
PS	<input type="checkbox"/> グレード0 <input type="checkbox"/> グレード1 <input type="checkbox"/> グレード2 <input type="checkbox"/> グレード3 <input type="checkbox"/> グレード4									
予測される 予後	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 1~3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日にち単位									
紹介目的	<input type="checkbox"/> 症状コントロール目的 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> その他()									
病状説明	患者本人 病状説明内容 <input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 転移を含め説明している <input type="checkbox"/> 予後まで説明している 延命処置に関する説明 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 説明内容:() 方針:()									
	家族(誰に説明しているか:) 病状説明内容 <input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 病名のみ <input type="checkbox"/> 転移を含め説明している <input type="checkbox"/> 予後まで説明している 延命処置に関する説明 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 説明内容:() 方針:()									
継続必要な 医療処置	輸液管理: <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> リザーバー留置 <input type="checkbox"/> 皮下注 その他必要な管理: <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管カテ <input type="checkbox"/> その他()									
自由記載欄										

ご記入ありがとうございました。

可能な限り早急な対応をしていきますが、それまでの期間は貴院での診療継続をお願い致します。

また、症状が落ちついた場合は、在宅療養へ移行させて頂くこともあることを患者・家族へお話し頂ければと思います