

以下記入されました内容につきましては診療情報提供書への記載は不要です

※緩和ケア科 新規患者様の御依頼につきましては、事前面談（完全予約制）が必要です。
地域医療連携室を通してご予約お願いいたします。

患者氏名； _____ 様 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

1. 緩和ケア科へのご紹介経緯をお聞かせ下さい。

- 治療継続が難しくなった 本人の希望 家族の希望
 その他（ _____ ）

2. 診療情報

- 診断 原発部位（ _____ ） 組織診断（ _____ ）
転移 あり（部位 _____ ） なし
確定診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
癌に付随する合併症（例 イレウス 水腎症など）
あり（具体的な内容： _____ ） なし

3. 治療経過 ありの場合記載お願いいたします

- 外科的治療（手術年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 術式 _____ ）
放射線治療（照射部位 _____ 総線量 _____ 時期 _____ ）
化学療法（治療レジメン _____ ）
その他の治療（ _____ ）

4. 現在の症状

- 疼痛 あり（部位 _____ ） なし
その他の身体症状（ _____ ）
精神症状（不安 せん妄 不眠 認知症） その他（ _____ ）
感染症 あり（HBs HCV TPHA HIV MRSA VRA）その他
なし

5. 併存症の治療

- 他科受診 なし あり（診療科・治療内容 _____ ）

6. 予想される予後（記載時）

- 日にち単位 週単位 一か月 二か月 三か月
それ以上（ _____ ）

2 枚目へ

7. 使用されているデバイス

- 末梢静脈ルート 中心静脈カテーテル (年 月 日 留置・交換)
 気管カニューレ (年 月 日 留置・交換)
 膀胱留置カテーテル (年 月 日 留置・交換)
 経鼻胃管 胃瘻 (年 月 日)

その他 ()

8. 病名・病状の説明について

*ご本人に対して

- 説明した (病名 転移・再発 予後について)
説明していない (理由)
・説明の理解は
理解されている ある程度理解されている 理解不能
<具体的な説明の内容をご記載下さい>

*ご家族に対して

- 説明した (病名 転移・再発 予後について)
説明していない (理由)
・説明の理解は
理解されている ある程度理解されている 理解不能
<具体的な説明の内容をご記載下さい>

9. DNARオーダー (do not attempt resuscitation) について

* 本人 理解されている

* 家族 理解されている

※DNAR (蘇生の見込みがそう多くない状況で蘇生の試みを行わない)

緩和ケア病棟では延命処置を想定しておりません (心肺蘇生、人工呼吸器の装着、昇圧剤など)
DNARをご理解されている前提で入院をお受けしております。

10. ケアを提供させていただく上で留意点などありましたらご教示ください。

記載日 年 月 日

医療機関名

診療科

医師