

**小松病院 TEL 072-823-1521 (代)**

**～ 緩和ケア科 登録面談 予約申し込み ～**

外来通院・訪問診療（寝屋川市全域及び隣接市の一部）・入院

※ご依頼の流れ

**小松病院 地域連携室 緩和ケア科担当へ TEL**

TEL：072-823-1521



**緩和ケア科 登録面談の予約**

状況を伺った上で  
緩和ケア科（外来・入院）  
又は  
在宅緩和（緩和ケア医による訪問診療）の予約



**緩和ケア科の登録面談**

面談料 3000 円  
当院の緩和医療体制についての説明等をさせていただきます



**緩和ケア科 対象患者様の登録**

以降で必要に応じてサポートさせていただきます  
(介入時期については患者様の状況により異なります)

※緩和ケア面談の際に準備いただく書類等がございますので予約時にご案内いたします。

小松病院 / (クリニックこまつ) 地域医療連携室

寝屋川市川勝町 11-6

受付時間 平日 9:00～16:30 土曜日 9:00～12:00

t e l : 072-823-1521

f a x : 072-821-7013

小松病院 ～緩和ケア科を紹介されるご担当医の方へ（ご紹介元医師交付）～

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

**ご本人・ご家族への質問表**

ご本人氏名 \_\_\_\_\_ 記入者氏名 \_\_\_\_\_

① 関わらせて頂く上で伝えておきたいこと等ございましたら記載お願いいたします。  
 (困っている症状、気がかりなこと、言ってほしくない言葉、どのように過ごしたいか、スタッフに望まれること等)

ご本人：

ご家族：

**②ご家族、またはご本人を支えて下さる方の連絡先(緊急連絡先)**

1. お名前:	続柄
連絡先: (自宅)	(携帯)
住所: 〒	

2. お名前:	続柄
連絡先: (自宅)	(携帯)
住所: 〒	

3. お名前:	続柄
連絡先: (自宅)	(携帯)
住所: 〒	

**③介護保険**

要介護認定

有→認定内容 ( ) ・ 申請中 ・ 無

担当ケアマネージャー

事業所 ( )

担当者 ( )

**④同居家族の構成**

氏名	続柄	年齢	職業