

緩和ケア病棟 入棟申込用情報提供書

記載日：	年 月 日	病院	科	記載医：
患者氏名：	年齢：	男・女	ID:	
感染症：	HBs Ag() , HCV() , TPHA() , RPR() , MRSA()	血液型：	()	
病名：	主訴：			
以下の中から該当する症状を○で囲んで下さい。 (安静時呼吸困難感、食思不振、職下困難、口渇、全身倦怠感、浮腫、口内炎、発熱、せん妄、痛み)				
本人・家族が期待すること： 担当医からみた推定予後：(1ヶ月未満 3ヶ月未満 半年未満 半年以上) (予後を左右する因子：)				
本人への説明内容： (該当するものを○で囲んで下さい。) 病名について (未説明、説明済；具体的に) 再発転移について (未説明、説明済；具体的) 予後について (未説明、説明済；具体的に) 家族への予後説明：未説明、日単位、週単位、月単位 (具体的に： 誰に対して：)				
歩行 (自力可、車椅子、起立のみ、不能、50%以上臥床、終日臥床、 PS：) 食事 (介助不要、要介助、 備考；特別食) 排泄 (自力可、夜間ベッドサイド、終日ベッドサイド、要介助 人工肛門) 会話 (不自由なし、疎通不良； 構語障害、筆談) 精神状態 (安定、 不安定なら具体的に；) 意思決定能力 (あり なし 判定不能) カテーテル類 (Foley、CVポート、中心静脈、末梢ライン、胃瘻、PEG、腎瘻 他)				
・治癒を目的とした以下の各種治療が行われましたか？ (手術、放射線治療、化学療法、免疫療法、その他、 未施行) 手術術式： 手術日： ・在宅診療の可能性は？ (あり、なし) ・病状説明の際に窓口となっていたご家族はどなたですか？ () *担当医連絡先電話番号： 院内PHS番号： *これまで行われた治療内容、現在の処方内容(内服、輸液)、今後の見通しなどについて、 診療情報提供書(紹介状)に記載の上、本用紙とともに提出して下さい。				