

緩和ケア診療情報提供書

医療法人誠医会 宮川病院

緩和ケア外来担当

平成 年 月 日

紹介元医療機関名

電話番号

FAX 番号

診療科

医師氏名

患者氏名	様 男・女	歳 M/T/S/H	年	月	日生
住所	電話番号				
診断名					
既往歴					
現病歴					
臨床的予後予測	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 2~3か月程度 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 不明				
病名病状の告知の有無と説明内容	本人： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 〔 〕 家族： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 〔 〕				
予後余命の告知の有無と説明内容	本人： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 〔 〕 家族： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 〔 〕				
緩和ケア病棟紹介の経緯 【複数回答可】	<input type="checkbox"/> 治癒を目的とした治療に反応しなかった <input type="checkbox"/> 終末期の看取り <input type="checkbox"/> 本人の希望 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 自宅から近いところでの入院希望 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

***検査データ及び 画像・薬の処方内容の情報提供をお願い致します。
(感染症を含む)**

平成 25 年 9 月 1 日改訂