

緩和ケア内科 情報提供書

記載日 年 月 日

患者氏名		年齢 歳(年 月 日)	性別 男・女
依頼元	病院 科 担当医師名		
診断名			
既往歴			
紹介の理由	<input type="checkbox"/> 症状緩和のため <input type="checkbox"/> 患者希望のため <input type="checkbox"/> 家族の希望のため <input type="checkbox"/> 在宅療養が困難なため その他()		
主訴	<input type="checkbox"/> 痛み() <input type="checkbox"/> 呼吸困難感 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 口渇 その他()		
推定される予後	<input type="checkbox"/> 半年以上 <input type="checkbox"/> 半年未満 (<input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 月単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位) 予後を左右する因子()		
本人への説明	病名	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済	説明内容
	再発転移	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済	
家族等への説明	病名	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済	説明内容
	再発転移	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済	
	予後	<input type="checkbox"/> 未説明 <input type="checkbox"/> 説明済	
本人・家族が期待すること			
在宅療養の希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 症状による 介護申請 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済 (介護度:)		
特記事項(家族、社会環境など)			

現在の様子

移動	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 起立のみ <input type="checkbox"/> 50%以上臥床 <input type="checkbox"/> 終日臥床
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 要介助) <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 胃瘻 その他()
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難
意思決定能力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 判定不能
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状
カテーテル類	<input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 末梢ライン その他()
その他(処置・感染症など)	

※診療情報提供書(紹介状)と共に提出をお願いします。

※記入について、ご不明な点がございましたら、地域医療支援センターまでご連絡ください。

【お問い合わせ先】石巻市立病院 地域医療支援センター

電話: 0225-25-4684(直通)

FAX: 0225-25-7216(直通)