

友田病院 緩和ケア依頼書

氏名)	イニシャル可 (男・女)	生年月日	(歳)
		M・T・S・H	年 月 日
現住所		キーパーソン	有 (続柄) ・ 無
	簡単な地名のみでも可	現状	入院中 ・ 外来通院中
紹介元	病院名	主治医	科 先生
	TEL	ご担当者名	様
診断名		その他連絡事項	

以下のあてはまる項目にチェックもしくは○をお願い致します。

①当院へ紹介に至った経緯について ※複数回答可

治療の効果が期待できなくなったため

本人が希望するため

家族が希望するため

症状コントロールのため

終末期の看取りのため

その他()

②現時点での病状告知とその理解について

a)患者さん本人に対して 告知(有・無)

がんであることを告知していない

病名のみ(がんであることのみ)

転移再発部位や広がりを含めて

余命を含めて

b)家族に対して

病名のみ(がんであることのみ)

転移再発部位や広がりを含めて

余命を含めて

③臨床的な予後はどれくらいあると考えるか

6ヶ月以上

3～6ヶ月

2～3ヶ月

1ヶ月以内

④現疾患について

初発時期 年 月

化学療法

手術

放射線療法

⑤現在の症状について

全身状態(PS) 0 1 2 3 4

疼痛 なし あり

しびれ なし あり(部位)

呼吸困難 なし あり 咳・痰 なし あり

嘔気・嘔吐 なし あり 食思不振 なし あり

全身倦怠感 なし あり 浮腫 なし あり (部位:

胸水 なし 腹水 なし あり

褥瘡 なし あり(部位)

便秘 なし あり(排便間隔 日)

発熱 なし あり(°C)

その他症状 ()

⑥チューブ・ドレーン類情報

ドレーン なし あり

ストーマ/ウロストミー なし あり 末梢点滴ルート なし あり

尿道カテーテル なし あり 中心静脈ルート なし あり

気管カニューレ なし あり 酸素投与 なし あり

ご記入ありがとうございました。このシートは前日までにFAXでお送りください。
友田病院 地域医療連携室 FAX:092-591-0263