

友田病院緩和ケア依頼書

患者氏名 _____ 歳 男性 女性

診断名： _____

診断日： _____ 手術日： _____

1. 依頼目的

：転院 ：緩和ケア外来 ：バックベッド（訪問診療医： _____）

2. 当院へ紹介に至った経緯

- 治療の効果が期待できなくなった
- 本人希望
- 家族希望
- 症状コントロール
- 看取り
- その他（ _____ ）

3. 告知について

【本人】：時期 _____ 年 _____ 月頃 【家族】：時期 _____ 年 _____ 月頃

- がんであることを告知していない 病名のみ
- 病名のみ（がんであること） 転移・再発部位や広がりを含めて
- 転移・再発部位や広がりを含めて 余命を含めて
- 余命を含めて

4. 臨床的な予後について

- 週単位 1～2ヵ月 3ヵ月以内 6ヵ月以内
- 1年以内 その他（ _____ ）

5. 現在の症状について

全身状態 (PS) 0 1 2 3 4
意識レベル _____ /JCS 発熱： なし あり（ _____ °C）
疼痛： なし あり 嘔気・嘔吐： なし あり
呼吸困難： なし あり 倦怠感： なし あり
食欲： なし あり 浮腫： なし あり
その他（胸腹水など _____）

6. 医療行為他

- ドレーン類（ _____ ） ストーマ/ウロストミー 酸素（ _____ ）
- 点滴（末梢・ _____ 中心静脈・ _____ CVポート（内容： _____））
- 気管カニューレ（ _____ サイズ _____ 圧 _____ メーカー _____）
- 尿道カテーテル（ _____ サイズ _____）

ご記入有難うございました。このシートはご相談時に診療情報提供書と一緒にFAXでお送り下さい。

友田病院 地域医療連携室 FAX：092-585-6161