諏訪中央病院患者サポートセンター行き
FAX: 0266-72-6930

ver 1.2

緩和ケア外来受診/緩和ケア病棟入院申込書　(紹介元主治医記載)

患者氏名	生年月日 年　月　日	男・女

1: 現在の患者の全身状態をご教示ください。

身体的な状態	PS(パフォーマンスステータス)やADLなど
精神的な状態	意識状態や認知症の有無など

2: 患者と家族の直近の病状認識をご教示ください

患者	
家族	

3: 患者と家族へ緩和ケアに関してどのようにご説明されているか、ご教示ください。

患者	
家族	

4: 侵襲的治療(蘇生行為、抗腫瘍療法、輸血、透析、昇圧剤)のご希望をご教示ください。

患者	なし ・あり (　　)	家族	なし ・あり (　　)

5: 現在のデバイス類についてご教示ください。(点滴、尿カテ、気切、腎瘻、ドレーン、CVポートなど)

6: 予後の見積もりと伝達 (どなたにお伝えされたか) をご教示ください。

予後	週単位・1ヶ月以内・3ヶ月以内・半年以内・1年以内・その他 (　　)
予後の伝達	行っていない・行った(患者本人・患者家族(配偶者・子・その他(　　))

7: ご希望の医療体制をご教示ください。

①緩和ケア科外来通院　②緩和ケア病棟入院　③在宅診療　④その他 (

8: ご記入医師ご芳名と、貴医療機関名、ご記入日のご記載をお願いいたします。

(貴医療機関名) (ご芳名)　ご記入日　年　月　日

ご多忙のところ受診シートのご記入ありがとうございました。今後の緩和ケア診療にあたり大変重要な情報となりますので、ご協力よろしくお願いいたします。

諏訪中央病院緩和ケア科