

彩の国東大宮メディカルセンター 緩和ケア病棟入棟・外来通院申込依頼書

紹介元医療機関名

診療科・医師名

フリガナ  患者氏名	<b>【依頼の目的】</b> <input type="checkbox"/> 転院相談 <input type="checkbox"/> 外来通院相談 <input type="checkbox"/> 訪問診療導入後の後方支援(バックベッド)																		
<b>【緩和できていない症状】</b>																			
<b>【緩和できている症状】</b>																			
<b>【主治医から緩和ケアについて説明】</b> がんの積極的治療は行わないことを説明した 痛み等の苦痛に対する治療が中心になることを説明した 病名告知をしている 予後告知をしている 延命処置は行わないことを説明した	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>患者</th> <th>家族</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>はい<input type="checkbox"/>いいえ</td> <td><input type="checkbox"/>はい<input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>はい<input type="checkbox"/>いいえ</td> <td><input type="checkbox"/>はい<input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>はい<input type="checkbox"/>いいえ</td> <td><input type="checkbox"/>はい<input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>はい<input type="checkbox"/>いいえ</td> <td><input type="checkbox"/>はい<input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>はい<input type="checkbox"/>いいえ</td> <td><input type="checkbox"/>はい<input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> </tbody> </table>		患者	家族		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	患者	家族																	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																	
病気についていつ頃、どのように説明されましたか																			
<b>【PS =パフォーマンスステータス(全身状態指標の一つ)】</b> <input type="checkbox"/> 0 まったく問題なく活動できる 発症前と同じ日常生活が制限なく行える <input type="checkbox"/> 1 肉体的に激しい活動は制限されるが歩行可能で軽作業や座っての作業は行うことができる <input type="checkbox"/> 2 歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない 日中50%以上ベッド外で過ごす <input type="checkbox"/> 3 限られた自分の身の回りのことしかできない 日中50%以上ベッドか椅子で過ごす <input type="checkbox"/> 4 まったく動けない 自分の身の回りのことはまったくできない 完全にベッドか椅子で過ごす																			
<b>【看護師・相談員からの追加情報】</b>																			

\*カルテ内に記載があれば主治医以外の看護師・相談員等の転記でも可

作成者名