

〒020-8560 岩手県盛岡市三本柳 6-1-1
 TEL)019-637-3111 FAX)019-637-3313

記載年月日 平成 年 月 日

紹介元医療機関名: _____

住所: _____ TEL: _____

FAX: _____

診療科 _____ 医師名 _____

(ふりがな)

患者様氏名 _____ 様 (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

以下の質問項目の該当する欄 (□) への印つけと必要項目のご記入お願いいたします。

1. 緩和ケア病棟をご紹介される経緯について

- 治癒を目的とした治療に反応しなくなったため 本人の希望
 末期状態となったため 家族の希望
 その他 (具体的に) _____

2. 病状説明について

1) 患者へ (いつ頃: _____) どのように: _____

2) 家族へ (いつ頃: _____) どのように: _____

3. 臨床的予後予測

- 6ヶ月以上 月単位 (2~5ヶ月程度) 1ヶ月程度 週単位
 日にち単位 急変の可能性が多いにあり その他 (_____)

4. 診療情報について

1) 診断について

- ①原疾患 _____
 ②原発部位 _____
 ③病理診断 _____
 ④確定診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃
 ⑤転移 なし あり: 部位 _____
 ⑥がん (悪性腫瘍) による合併症 (例: イレウス・水腎症): なし あり
 ⑦がん (悪性腫瘍) 以外の合併症について
 糖尿病 肝硬変 慢性肝炎 腎障害 心機能低下 慢性呼吸不全
 結核 消化管潰瘍 精神疾患 脳・神経疾患 その他 (_____)

2) これまでの治療について

2/2

ver.2

- ①外科的治療 なし
あり 手術年月日： 年 月 日 術式： _____
- ②放射線治療 なし
あり 照射部位： _____ 時期： _____
- ③化学療法・内分泌療法・免疫療法
なし
あり 治療薬： _____
時期： _____

3) 現在の病状について

- ①がんの直接浸潤 なし あり：部位 _____
- ②疼痛 なし あり：部位 _____
- ③その他、苦痛となる身体症状はありますか？
なし あり：具体的に _____
- ④ 感染症はありますか？
なし HB HCV TPHA MRSA その他 _____
- ⑤ 精神症状はありますか？
なし 不眠 不安 抑うつ状態 せん妄 認知症
その他 _____

4) 現在の治療について

①オピオイド薬剤について

開始時期： 年 月 日

種類（過去に使用された薬剤名）： _____

最終処方内容：

(最終処方日： 年 月 日)

コンプライアンス 良好 不良

現在の副作用 嘔気 嘔吐 頭痛 ふらつき 眠気 幻覚

②現在のオピオイド以外の処方内容（内服薬・注射薬・点滴内容など）

③装着されているチューブ類について

IVH (目的) 栄養・水分補給 薬剤投与経路 その他 _____

(最終交換日) _____月_____日

気管カニューレ (種類)

膀胱カテーテル 腎盂カテーテル

PTCD (挿入日) _____月_____日

NG チューブ (目的) 栄養・水分補給 排液・減圧

胃ろう (目的) 栄養・水分補給 排液・減圧

その他 _____

④現在行なっている代替療法や民間療法がありましたら、ご記入ください。

⑤合併症の程度と治療について特に注意を要する点がありましたらご教示ください。

※ ご記入ありがとうございました。頂いた情報を入院判定の参考にさせていただきます。

※ 血液データを添付してお送りください。レントゲン写真のご準備もお願い致します。