緩和ケア内科診療情報提供チェックシート（一般病棟入院希望用）

貴院の書式の診療情報提供書（データを含む）と併せてＦＡＸください。

年　　月　　日

患者氏名		男・女	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年　　月　　日
記載者氏名		□医師　□看護師　□医療相談員　□その他		

（１）紹介の理由について（複数選択可）

□看取りのため　□症状緩和のため　□患者の希望のため　□家族の希望のため

□在宅療養が困難なため　□入院が長期に及ぶため

□その他（　　）

（２）患者への告知について

病　名　：□告知を受けている

：□告知を受けていない（未告知の場合どのように説明（理解）していますか）

（　　）

病状・予後　：□告知を受けている　□告知を受けていない

（３）家族への告知について

病　名　：□告知を受けている　（患者との続柄：　　）

：□告知を受けていない（未告知の場合どのように説明（理解）していますか）

（　　）

病状・予後　：□告知を受けている　□告知を受けていない

（４）緩和ケアの説明について

※緩和ケアが癌の治療を行わず苦痛症状を緩和することを目的としていることを説明していますか

患　者　：□説明を受けている　□説明を受けていない

家　族　：□説明を受けている　□説明を受けていない

（５）現在の患者の状態について

主　訴　：

ECOG　PS　：□４　□３　□２　□１　□０

食事摂取量　：□正常　□中程度減少　□著明に減少　□不可　□絶食でIVH

浮　腫　：□あり　□なし

安静時呼吸困難　：□あり　□なし

せん妄　：□あり　□なし　□不明

（６）患者・家族への説明について

当院への転院にあたり、一般内科病棟に転院することの説明をしていますか

□した（どなたに：　　説明者名：　　）

□していない

（７）その他、特に記載すべき患者背景（家族、社会環境など）がありましたらご記入ください

□┬○

＊記載に際しご不明な点がございましたら、当院地域医療連携室にご連絡ください。

光ヶ丘スペルマン病院　地域医療連携室
ＴＥＬ：022-298-8580（直通）
ＦＡＸ：022-298-8583（直通）