**診療情報提供のお願い**ご記載いただいた日時：　　　年　　　月　　　日

**新横浜リハビリテーション病院　緩和ケア病棟を御検討いただき、心より御礼申し上げます**

**お手数をおかけいたしますが、診療情報提供書、及び、この用紙の記載を、お願いいたします**

患者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：　　　　　　生年月日：

当該疾患による貴施設の初診日：　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日

**以下の項目については、コピーの同封を、お願いいたします**

病理結果　ＣＴ・ＭＲＩ・ＰＥＴの読影レポート（複数ですと助かります）　血液検査結果（直近を含め数点）

血液検査では、HbA1ｃ、感染症の有無（B型肝炎・Ｃ型肝炎・梅毒　等）　についても御教示ください

**御紹介の経緯について、該当する全てに〇をつけてください**

治癒を期待できないため　　　末期状態となったため　　　現在の病院での入院が困難なため

　症状ｺﾝﾄﾛｰﾙ　　　本人の希望　　　家族の希望　　　その他

**悪性腫瘍について、説明された範囲を御教示ください****該当する項目に〇をつけてください**

ご本人に：　　説明なし　　　病名のみ　　　転移・再発についても説明　　　予後・余命についても説明

ご家族に：　　説明なし　　　病名のみ　　　転移・再発についても説明　　　予後・余命についても説明

**ご本人の意識が清明な場合、以下１～３の同意（希望）が必要となります**

１：苦痛緩和のための入院　　　２：DNAR　　　３：延命治療・がんを縮小する治療・代替医療は行わない

該当するものに〇をつけてください　　⇒　　・同意　　・同意されていない　　・意識が清明ではない

（ご本人の意識が清明な場合は、当院緩和ケア病棟のパンフレットをお渡し頂けると幸いです。）

**悪性腫瘍の診断について、該当する項目に全てに〇をつけ、その他については記載をお願いします**

病理組織検査で確定診断

病理組織検査は未実施　⇒　PET　　細胞診　　腫瘍マーカー　それ他

**実施された治療について、該当する全てに〇をつけ****、その他については記載をお願いします**

　外科治療　　　放射線治療　　　化学療法　　　その他⇒

**以下の項目で、該当する全てに〇をつけ、その他については記載をお願いします**

CVﾎﾟｰﾄ　中心静脈ｶﾃｰﾃﾙ　胃瘻　腸瘻　経鼻胃管　気管ｶﾆｭｰﾚ　その他⇒

多剤耐性菌　：

**体重を御教示ください**直近　　　　　　　ｋｇ：　　　月　　　日　、　以前　　　　　　ｋｇ：　　　年　　月　　日

**臨床的に予測される余命（正確ではなくて結構です）　該当する全てに〇をつけてください**

2・3週間以内にお看取りとなる可能性が高い　　　２・３週間以内での看取りの可能性は低い

短い場合　：　～３週間　　　3週間～6週間　　　6週間～3か月　　　それ以上

長い場合　：　～３週間　　　3週間～6週間　　　6週間～3か月　　　それ以上

**貴施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当：**