

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 その他 _____

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ポート 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： _____