

診療情報提供のお願い

ご記載いただいた日時:

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、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(直近含め数点)

血液検査結果(直近を含め数点) (腫瘍マーカー・HbA1c、B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV)

・御紹介の経緯について、該当する 全てに O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 現在の病院での継続入院が困難なため

症状コントロール 本人希望 家族希望 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 O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

・苦痛緩和の入院を希望、DNARを希望、延命治療・腫瘍縮小の治療・代替医療を行わない同意、の状況

以下で該当する全てに Oをつけてください

ご本人: 同意 同意されていない 意識が清明ではない、ご家族: 同意 同意されていない

・悪性腫瘍の診断について、該当する項目に 全てに O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 O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 O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 腎瘻 他 ⇒ _____

Ⅲ度以上の褥瘡 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 O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: _____