

様式 A

千葉労災病院 連携予約室 行き FAX 0436-75-2784

緩和ケア内科外来受診用 相談票**【紹介元医療機関】**

医療機関名		医師名	
電話番号		FAX番号	

【患者情報欄】

ふりがな		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男 女	年 月 日	歳
住所				
電話番号		当院受診歴	あり・なし	

主病名（癌腫） _____**併存症** ☐糖尿病 ☐心疾患 ☐腎機能障害 ☐呼吸器疾患
☐その他（ ）**予測予後** ☐1年以上 ☐半年から1年 ☐数ヶ月 ☐週単位 ☐日単位**ADL** ☐自立 ☐捕まり歩行 ☐車椅子 ☐全介助**がんの治療状況** ☐BSCのみ ☐集学的治療中（手術、化学療法、放射線療法など）**悪性腫瘍による症状** ☐なし ☐疼痛 ☐倦怠感 ☐息苦しさ ☐嘔気 ☐食欲低下
☐浮腫 ☐せん妄 ☐その他（ ）**現在の処置**☐末梢静脈カテーテル ☐中心静脈カテーテル ☐CV ポート
☐膀胱留置カテーテル ☐気管カニューレ ☐胃瘻 ☐経鼻胃管
☐酸素投与（ L/min） ☐補液 ☐その他**現在の生活場所**☐外来通院中（ 自宅 ・ 介護施設 ・ その他 ）☐入院中（ 年 月 日 より入院）**在宅医療の介入** ☐なし ☐訪問医 ☐訪看ステーション ☐ケアマネージャー

緩和ケア外来の受診目的

- ☐入院 → 入院後の方針は ☐看取り ☐自宅・施設退院 ☐転院 ☐わからない
☐バックベッド登録
☐緩和ケア外来通院
当日受診する方 ☐本人 ☐家族（続柄 _____）

緩和ケア病棟への入院は（複数回答可）

- ☐本人が希望している ☐家族が希望している ☐医療者が勧めている ☐その他

病状説明と患者の理解について（説明したものに印をつける）

患者さんに対して 説明した時期 _____ 頃

- ☐病名 ☐転移・再発部位や広がり ☐予後 ☐急変の可能性
☐説明したが理解していない ☐ある程度理解している ☐よく理解している
☐説明していない

家族に対して 説明した時期 _____ 頃 誰に（ _____ ）

- ☐病名 ☐転移・再発部位や広がり ☐予後 ☐急変の可能性
☐説明したが理解していない ☐ある程度理解している ☐よく理解している
☐説明していない

その他何かありましたらご記入ください

※以下は受診日までに記入をお願いします。

診療経過；（各ご施設の書式でも可）

ありがとうございました。