

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）

患者本人への説明内容 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

患者の理解度

- ☐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

家族への説明内容 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

家族の理解度

- ☐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。

また、看護サマリー、画像データがありましたらご送付ください。（FAX または郵送）
診療経過；（各ご施設の診療情報提供書を添付でも可）

ありがとうございました。