

診療情報提供書(緩和ケア外来)

岸和田徳洲会病院 地域医療連携室

電話 072-445-9917(連携室) 072-445-9915(代表)

FAX 072-445-9217

●紹介元医療機関

名称：

住所：

電話：

医師名：

患者氏名		性別	男性 ・ 女性
生年月日	年 月 日	年齢	
住所	〒		

病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 症状コントロール	<input type="checkbox"/> 入院での看取り	
	<input type="checkbox"/> 短期入院(レスパイト入院など)	<input type="checkbox"/> その他 ()	

身体症状	原発巣	
	転移巣	
	疼痛部位	
	痛みの程度	NRS /10

経過	
----	--

処方	定期処方	
	頓服	

身体症状	呼吸苦	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり		嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり
	食欲不振	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり		便秘	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり
	倦怠感	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり		認知症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり

治療歴	手術	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	手術日： 術式：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	手術日： 術式：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	手術日： 術式：
	化学療法	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
	放射線治療	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
	その他	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：
		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	期間： 内容：

ADL等	居室内	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上			
	外出時	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立でポータブル <input type="checkbox"/> 介助			
		バルーン	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	Fr	
		ストーマ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり	部位：	
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり(部位： 程度：)			

ご本人・ご家族の意向確認等	<input type="checkbox"/> 現在と今後予測される身体状況、治療方針、目標等の説明
	<input type="checkbox"/> 病名及び予後の告知 → <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族【続柄： 】 <input type="checkbox"/> 無し 告知内容 → 本人： 家族：(同上)
	受け止め方 → 本人： 家族：
	<input type="checkbox"/> 本人・家族の在宅療養生活目標(どのように生活したいかなど) → 本人： 家族：

他院並行依頼	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり()
訪問診療	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 調整中()
受診形態	<input type="checkbox"/> 本人受診 <input type="checkbox"/> 家族のみ受診
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中

備考	家族受診の場合、自費診療になります
----	-------------------